

# 2号・3号入園者 記入例 児童1人につき1枚必 鉛筆不可

小学校就学前の児童が、幼稚園・保育所・認定こども園など施設型給付施設等を利用する場合は、保護者が居住している市区町村へ教育・保育給付認定申請を行い、利用のための認定を受ける必要があります。種類は下記の通りです。

①1号認定…対象児童が満3歳以上で、幼稚園・認定こども園等で教育給付を希望する場合  
 ②2号認定…対象児童が満3歳以上で、保育園や認定こども園等で保育給付を希望する場合  
 ③3号認定…対象児童が満3歳未満で、保育園や認定こども園等で保育給付を希望する場合

②・③は短時間認定(最大8時間保育)と標準時間認定(最大11時間保育)の2種類あり、認定を受けるにはいずれも必要書類を提出し、「保育を必要とする事由」に該当することが必要です。

また、保育利用は勤務時間と通勤時間を合わせた時間になります。

(例) 保育短時間…就労・就学(月64時間以上)、求職活動など  
 保育標準時間…就労・就学(基本月120時間以上)、妊娠出産、疾病障がいなど

※教育・保育給付認定後、支給認定証を入園前までに保護者様へ送付いたします。

## 教育・保育給付認定申請書・太田市保育施設利用申込書(保育児童台帳)

(宛先) 太田市長  
 (宛先) 太田市福祉事務所長

カナ	オオタ ハナコ		
氏名(自署)	太田 花子		
〒	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
現住所	太田市〇〇〇町〇-〇-〇		
生年月日	〇〇・4・2	児童との続柄	母
入園年の前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(群馬県伊勢崎市)		
入園年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外( )		
※ 市外チェックの場合、都道府県及び市区町村名を( )内に記入してください。			

保護者(申請者)について  
 ①太田市に住民登録がある保護者を記入  
 ②父・母いずれでも構いません。きょうだい児は保護者(申請者)氏名を統一すること。既にきょうだい児が入園している場合、在園児の保護者(申請者)に合わせます  
 ※本記入例は父が単身赴任している場合の記入例になっています  
 父・母が同一住所の場合は、保護者(申請者の配偶者)の現住所記入欄は「申請者と同じ」にチェックしてください

カナ	オオタ タロウ		
氏名	太田 太郎		
〒	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
現住所	東京都品川区〇-〇-〇-〇〇〇		
生年月日	〇〇・2・1	児童との続柄	父
入園年の前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(群馬県伊勢崎市)		
入園年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(東京都品川区)		
※ 市外チェックの場合、都道府県及び市区町村名を( )内に記入してください。			
就労のみ	勤務先	(株)〇〇〇〇〇	
	通勤時間	往復	時間 30分

規	管内	管外	園
転園の方は転園に○をつけ、在園中の施設名を記入してください。(1面)			
〇 日			

カナ	オオタ イチロウ		
氏名	太田 一郎		
入園年度	3	生年月日	〇・4・2
〇年4月1日時点の年齢		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
手帳の取得状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 ※手帳有の場合		
入園希望児童が障害者手帳をお持ちの場合は選択し、手帳の写しを添付してください			
希望施設名称			見学済
第1希望	〇〇〇園		<input checked="" type="checkbox"/>
第2希望	△△△園		<input checked="" type="checkbox"/>
第3希望	□□□園		<input type="checkbox"/>

希望施設は第3希望まで記入できます。希望したすべての施設に入園する意思があるとみなして希望順位に従って選考します

保育希望の有無  
有 → 保育園・認定こども園(保育認定) 認定期間の始期は必ず「1日」になります  
無 → 幼稚園・認定こども園(教育認定)

教育・保育給付認定期間	始期	〇〇年 〇月 1日から		
	終期	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		

注:教育・保育給付認定期間終期は、認定期間の終期は、保育を要する理由により異なります。(例) 求職活動は3か月間 就労は小学校就学前まで

日中の連絡先(連絡の取れる順) ※優先順に①~③すべて記載。	①	0	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 祖父携帯 <input type="checkbox"/> 祖母携帯 <input type="checkbox"/> ( )
	②	080 - 1234 - 5678	<input checked="" type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 祖父携帯 <input type="checkbox"/> 祖母携帯 <input type="checkbox"/> ( )
	③	070 - 1234 - 5678	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 祖父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 祖母携帯 <input type="checkbox"/> ( )

### 祖父母の状況(上記に記載の児童の祖父母における該当状況記載し、且つ該当する項目に☑してください。)

	氏名	生年月日	同居状況	住所(非同居のみ記載)	職業	特記状況
父方	祖父	.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 障がいあり <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 所在不明
	祖母	〇〇・3・1	<input checked="" type="checkbox"/> 同居		無職	<input type="checkbox"/> 障がいあり <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 所在不明
母方	祖父	〇〇・4・1	<input checked="" type="checkbox"/> 非同居 <input type="checkbox"/> 同居	太田市〇〇町〇〇〇	無職	<input type="checkbox"/> 障がいあり <input checked="" type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 所在不明
	祖母	〇〇・5・1	<input checked="" type="checkbox"/> 非同居 <input type="checkbox"/> 同居	同上	パート	<input type="checkbox"/> 障がいあり <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 所在不明

### 世帯の状況(上記に記載の児童・父母及び祖父母を除き、同居する家族を全員記入し該当する項目に☑してください。)

	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	障がい手帳の有無	勤務先、学校名	備考
児童の世帯員	太田 さくら	〇〇・6・1	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	姉	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	〇〇小学校	
	.	.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	.	.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	.	.					

裏面の記入があります

裏面 全て記入してください

教育・保育給付認定申請書・太田市保育施設利用申込書 (2面)

申込児童氏名 太田 一郎

父母の状況(上記に記載の児童の父母における該当状況記載し、且つ該当する項目に☑してください。)

障がい手帳の取得状況	父	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳	手帳有の場合( )級・区分	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳	手帳有の場合( )級・区分	
妊娠(出産予定)		<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠していない	<input type="checkbox"/> 妊娠している (予定日 年 月 日予定)				
不存在	父	<input checked="" type="checkbox"/> 生存	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 所在不明	<input type="checkbox"/> その他( )
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 生存	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 所在不明	<input type="checkbox"/> その他( )
医療母子認定の状況		<input checked="" type="checkbox"/> 認定なし	<input type="checkbox"/> 認定あり( 年 月 日認定)			<input type="checkbox"/> 申請中	
児童扶養手当の状況		<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている( 年 月 日開始)			<input type="checkbox"/> 申請中	

児童を保育施設へ預ける必要のある基本的な時間を記入してください  
 保育標準時間…11時間の中で必要な量の保育が利用可能。超える場合は延長料金あり  
 保育短時間…8時間の中で必要な量の保育が利用可能。超える場合は延長料金あり  
 月120時間未満の就労でも、常態的に延長料金が発生するような就労形態により標準希望の方は理由を記入してください。内容を精査して判断します。

保育を要する理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/>
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/>

必要となる認定	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間(1日最長11時間利用)	⇒ 月120時間以上の就労(就学・介護・看護)、疾病・障害、妊娠・出産、虐待・DVの場合
	<input type="checkbox"/> 保育短時間(1日最長8時間利用)	⇒ 月120時間未満64時間以上の就労(就学・介護・看護)及び求職活動の場合、並びに標準時間認定も可能だが短時間認定を希望する場合

保育利用希望時間	平日	8時00分から	16時45分
	土曜日	時 分から	時 分

各施設が定める8時間  
 由良・綿打・生品・藪塚本町・大原・権の木は、8:00-16:00。  
 大原西は、8:15-16:15。みその・金山は、9:00-17:00。  
 その他施設は、8:30-16:30。

注：希望利用時間と希望施設等の利用時間は異なります。必ずしも希望利用時間で利用できるとは限りません。

申込児童の状況(上記に記載の児童の該当状況記載し、且つ該

健康状態	検診を受診した。	<input type="checkbox"/> していない
	慢性的な病気(アレルギー以外)のことで相談して	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 上記病院への通院頻度 上記疾病の手術状況)
	定期的な服薬(アレルギー以外)がある。	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬名)
	発達の中で相談している病院・施設がある。	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院・施設名 上記施設への通院頻度 [ 日 月 年 回 ])

①児童の健康状態を記入してください(内容により集団保育可能かどうか保育施設での面談が必要になる場合があります)  
 ②アレルギーがある場合は、申し込み前に保育施設へ確認してください。対応可能と了承を得た場合のみ申し込みが可能です。  
 ③宗教上制限のある食品がある場合も、申し込み前に保育施設へ確認してください。対応可能と了承を得た場合のみ申し込みが可能です。  
 ④相談状況を記入してください(保育施設への相談がない場合、申込の受付ができない場合があります。必ず相談し、了承を得た日を記入してください。)

アレルギー	アレルギーがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 検査していない <input checked="" type="checkbox"/> ある[ <input checked="" type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他[ ] ]
	制限している食品がある。	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある[ <input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 他( ) ]
	アレルギーに関して医師の診断がある。	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある[病院名 ○○病院 ]
	定期的な服薬(アレルギー)がある。	※下記が「ある」の場合でも、保育施設での医療行為は原則不可となります。 <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬名) ・服薬頻度 回/日 )

その他	保育施設入所(園)にあたり、上記健康状態及びアレルギーの状況以外に気になることがある。 ※宗教上制限のある食品がある場合も本欄に記載。 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある 詳細に記載すること。⇒ ( )
-----	---

相談状況	保育希望施設への健康状態、アレルギーの状況及びその他事項をすべて相談した。 <input type="checkbox"/> 相談事項該当なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 第1希望施設 相談済	( ○ 年 ○ 月 ○ 日済み)
	<input type="checkbox"/> 第2希望施設 相談済	( 年 月 日済み)
	<input type="checkbox"/> 第3希望施設 相談済	( 年 月 日済み)

※すべての希望施設への相談が無い場合、申込み受付ができない場合があります。各施設により、対応状況が異なるため、必ず相談を行ってください。

保育施設への入所の場合については、前記のとおり申し込みます。なお、申込書記載内容を、太田市役所、利用する施設に提供することに同意します。

1. 太田市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(申請書に記載のある児童の同居者の情報を含む。)及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、児童が入所決定した特定教育・保育施設等に対して通知すること。
2. 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育保育の運営に必要と認められる場合に特定教育・保育施設等に提供すること。
3. 施設型給付費・地域型保育給付費は、保護者に代わり、利用する特定教育・保育施設等が受領すること。
4. 次年度4月(育児休業5月以降を含む)利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請の結果について
5. 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあること。

内容ご確認の上、自署にて署名お願いいたします

以上のことに同意し、次のとおり施設型給付費・地域型施設給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

○年 ○月 ○日 申請者同意署名 太田 花子

保育認定(2号・3号)入園希望者は「3面・4面」の記入提出も必要です。内容をよくご確認の上、該当する箇所をご記入ください。保育の必要性が確認できる書類(就労証明書等)を保護者全員分、提出してください。また、記入済の申請書と一緒に「マイナンバー記入用紙」も提出してください。

問い合わせ先：太田市役所こども課保育係 電話0276-47-1943(直通)