

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付
認定申請書兼保育所等利用申請書

申込書類①

湯沢市長 様

湯沢市
受付印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定及び保育所等の利用について、本紙に記載する同意事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

申請日			
令和	年	月	日

1 申請に係る子ども及び保護者

申請に係る子どもの氏名 (ふりがな)	個人番号 生年月日		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障がい者手帳 ※手帳の写しを添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	認定証番号 (※既に教育・保育給付認定を受けている場合)
	平・令	年 月 日			
申請日における施設等利用状況		<input type="checkbox"/> 有(施設名:) <input type="checkbox"/> 無			
住 所			申請者(保護者)氏名		
〒 湯沢市			(ふりがな) 印		
日中の連絡先	電話 番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場	携帯 電話	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()	

2 世帯の状況(上記の申請に係る子どもを除く)

代表 保護者	氏 名	個人番号 生年月日	申請子ども との続柄	勤務先・学校・幼稚園・ 保育所等の名称など	障がい者手帳 ※手帳の写しを添付
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	昭・平・令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
該当・適用されている世帯のみ		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 生活保護法の適用			

3 保育の必要性の有無

保育の必要性の有無	認定希望区分	内容	裏面記載
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1号認定	満3歳以上で、幼稚園や認定こども園(教育部分)を希望	不要
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 2号認定	満3歳以上で、保護者の就労等の理由により、保育所や認定こども園(保育部分)を希望	必要
	<input type="checkbox"/> 3号認定	満3歳未満で、保護者の就労等の理由により、保育所や認定こども園(保育部分)、地域型保育を希望	

4 保護者が保育を必要とする理由(該当するところチェックしてください。)

保護者の続柄	保護者が保育を必要とする理由
父 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学(職業訓練) <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の既保育利用児の利用
母 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学(職業訓練) <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の既保育利用児の利用

5 施設等の利用希望時間

希望利用時間
<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(1日あたり最大8時間まで) <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(1日あたり最大11時間まで)

6 利用を希望する保育所等及び期間

	希望する保育所等の名称	施設区分	希望する理由
第1希望		<input type="checkbox"/> 認定こども園(保育部分) <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育事業	<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> その他()
第2希望		<input type="checkbox"/> 認定こども園(保育部分) <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育事業	<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> その他()
第3希望		<input type="checkbox"/> 認定こども園(保育部分) <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育事業	<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> その他()
希望する期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学始期 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで	

7 同意事項

(1) 施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定や保育料決定のため、湯沢市が必要な住民基本台帳及び市民税課税資料等(同一世帯を含む)の公簿等の確認や必要な資料を他行政機関等に求めることに同意します。
(2) 公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。
(3) 市民税課税資料等に基づき決定した保育料等の情報を特定教育・保育施設等事業者に対して、湯沢市が情報提供することに同意します。
(4) 湯沢市が利用調整及び保育所等の運営上必要と認める場合は、利用する特定教育・保育施設等事業者に対して申請書及び関係書類を提供することに同意します。

★施設(事業者)記載欄【施設(事業者)を経由して湯沢市に提出する場合】

受付年月日	施設(事業者)名	担当者氏名	連絡先
令和 年 月 日			
入所内定等の有無(幼稚園、認定こども園(教育部分)のみ記入)			
<input type="checkbox"/> 有【 契約・内定(令和 年 月 日契約(内定)) 】 <input type="checkbox"/> 無			

児童状況及び家族状況報告書

申込書類②

該当するものに○印をし、必要事項を記入してください(裏面もあります)。

児童氏名	
------	--

○児童の状況

健康状態	アレルギー・除去食の有無	乳幼児健診の受診状況	その他 <small>健康状態の詳細や癖など気になること</small>
1. 健康 2. 病弱 3. 障がい (手帳等:) 4. その他 ()	1. なし 2. アレルギー () 3. 除去食 ()	1. 4ヶ月 2. 7ヶ月 3. 1歳6ヶ月 4. 3歳 5. 受診なし	

○児童からみたご両親の他に同居している方に○印をつけてください。

1. 祖母、 2. 祖父、 3. 曾祖母、 4. 曾祖父、 5. その他(続柄 _____、 _____、 _____、 _____)

○父と母、その他同居している二十歳未満を除く家族全員について、状況を記入してください。

・父の状況

1. 家庭外労働 2. 家庭内労働	3. 出産等	4. 疾病等	5. 看護・介護等
勤務先 _____ 電話 _____ (常勤・非常勤・パート・自営業・農業) 就労時間 (日) 3時間未満・3～6時間・6時間以上 (週) 1～2日・3～4日・5日以上 自営業、農業の場合のみ記入 中心者・協力者	出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日 母子手帳番号 _____ ※母子手帳の写しを添付	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 障がい者手帳の有無 有・無 ※障がい者手帳の写し添付	看護・介護の対象者 氏名 _____ 病名 _____ 場所 _____ 看護・介護時間 (日) _____時間 (週) _____日
6. 求職活動中 求職活動開始日 令和 _____年 _____月 _____日	7. その他(具体的理由を記入)		

・母の状況

1. 家庭外労働 2. 家庭内労働	3. 出産等	4. 疾病等	5. 看護・介護等
勤務先 _____ 電話 _____ (常勤・非常勤・パート・自営業・農業) 就労時間 (日) 3時間未満・3～6時間・6時間以上 (週) 1～2日・3～4日・5日以上 自営業、農業の場合のみ記入 中心者・協力者	出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日 母子手帳番号 _____ ※母子手帳の写しを添付	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 障がい者手帳の有無 有・無 ※障がい者手帳の写し添付	看護・介護の対象者 氏名 _____ 病名 _____ 場所 _____ 看護・介護時間 (日) _____時間 (週) _____日
6. 求職活動中 求職活動開始日 令和 _____年 _____月 _____日	7. その他(具体的理由を記入)		

・()の状況

1. 家庭外労働 2. 家庭内労働	3. 出産等	4. 疾病等	5. 看護・介護等
勤務先 _____ 電話 _____ (常勤・非常勤・パート・自営業・農業) 就労時間 (日) 3時間未満・3～6時間・6時間以上 (週) 1～2日・3～4日・5日以上 自営業、農業の場合のみ記入 中心者・協力者	出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日 母子手帳番号 _____ ※母子手帳の写しを添付	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 障がい者手帳の有無 有・無 ※障がい者手帳の写し添付	看護・介護の対象者 氏名 _____ 病名 _____ 場所 _____ 看護・介護時間 (日) _____時間 (週) _____日
6. 求職活動中 求職活動開始日 令和 _____年 _____月 _____日	7. その他(具体的理由を記入)		

・()の状況

1. 家庭外労働 2. 家庭内労働	3. 出産等	4. 疾病等	5. 看護・介護等
勤務先 _____ 電話 _____ (常勤・非常勤・パート・自営業・農業) 就労時間 (日) 3時間未満・3～6時間・6時間以上 (週) 1～2日・3～4日・5日以上 自営業、農業の場合のみ記入 中心者・協力者	出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日 母子手帳番号 _____ ※母子手帳の写しを添付	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 障がい者手帳の有無 有・無 ※障がい者手帳の写し添付	看護・介護の対象者 氏名 _____ 病名 _____ 場所 _____ 看護・介護時間 (日) _____時間 (週) _____日
6. 求職活動中 求職活動開始日 令和 _____年 _____月 _____日	7. その他(具体的理由を記入)		

・()の状況

1. 家庭外労働 2. 家庭内労働	3. 出産等	4. 疾病等	5. 看護・介護等
勤務先 _____ 電話 _____ (常勤・非常勤・パート・自営業・農業) 就労時間 (日) 3時間未満・3～6時間・6時間以上 (週) 1～2日・3～4日・5日以上 自営業、農業の場合のみ記入 中心者・協力者	出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日 母子手帳番号 _____ ※母子手帳の写しを添付	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 障がい者手帳の有無 有・無 ※障がい者手帳の写し添付	看護・介護の対象者 氏名 _____ 病名 _____ 場所 _____ 看護・介護時間 (日) _____時間 (週) _____日
6. 求職活動中 求職活動開始日 令和 _____年 _____月 _____日	7. その他(具体的理由を記入)		

・()の状況

1. 家庭外労働 2. 家庭内労働	3. 出産等	4. 疾病等	5. 看護・介護等
勤務先 _____ 電話 _____ (常勤・非常勤・パート・自営業・農業) 就労時間 (日) 3時間未満・3～6時間・6時間以上 (週) 1～2日・3～4日・5日以上 自営業、農業の場合のみ記入 中心者・協力者	出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日 母子手帳番号 _____ ※母子手帳の写しを添付	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 障がい者手帳の有無 有・無 ※障がい者手帳の写し添付	看護・介護の対象者 氏名 _____ 病名 _____ 場所 _____ 看護・介護時間 (日) _____時間 (週) _____日
6. 求職活動中 求職活動開始日 令和 _____年 _____月 _____日	7. その他(具体的理由を記入)		

すこやか子育て支援事業保育料等助成申請書

令和 年 月 日

湯沢市長 様

申請者 住所

氏名



電話

すこやか子育て支援事業により、保育料の助成をされるよう申請します。

対象児童の氏名	
対象児童の生年月日	年 月 日生
利用施設名、所在地	名称 所在地 電話
利用施設振込口座	振込口座は記入不要です

※ひとり親家庭の方又は認可外保育施設をご利用の方は、ご家族の状況について記入してください。

氏名	続柄	生年月日	職業	個人番号
	(世帯主)			

平成28年4月2日以降に第3子のお子さんが生まれた場合、
または、平成30年4月2日以降に第2子のお子さんが生まれた
場合は裏面も記入してください。

※裏面もあります。

平成28年4月2日以降に第3子のお子さんが生まれた場合、
または、平成30年4月2日以降に第2子のお子さんが生まれた場合。

※兄弟姉妹の状況について記入してください。

氏名	生年月日	同一戸籍	同一生計	利用施設	個人番号

※対象児童が生まれたときに、上記以外に兄弟がいた場合に記入してください。

氏名	生年月日	同一戸籍	同一生計	利用施設	個人番号

添付書類（必要に応じて添付すること。）

- 1 戸籍謄本
- 2 生年月日を証する書類
- 3 所得状況を証する書類
- 4 施設利用料等を明らかにする案内書及び契約書
- 5 施設に対して利用料等を納入したことを明らかにする領収書