様式第2号

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

書類番号②

湯沢市
受付印

湯沢市長　様

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
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	個人番号 生年月日	性別	保護者との続柄	障がい者手帳 ※手帳の写しを添付	認定番号 ※認定済みの場合は記入
(ふりがな)		□男 □女		□有　□無	
	年　月　日				
申請日における施設等利用状況	□　有（施設名：　　）		□　無		

住　所	保護者（申請者）氏名
〒	(ふりがな)
日中の連絡先 ※連絡の取れる順に記入してください	□父　□母　□（　　）	□父　□母　□（　　）

保護者の1月1日時点の住所 （利用開始が1月から8月までの場合は前年1月1日時点の住所）	父	(現住所と異なる場合は記入してください) 都道府県　市区町村	母	(現住所と異なる場合は記入してください) 都道府県　市区町村

2 世帯の状況（上記の申請児童を除き、同居しているすべての方を記入してください）

代表保護者	氏　名	個人番号 生年月日	申請に係る子どもとの続柄	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
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
□	(ふりがな)				□有　□無
		昭・平・令　年　月　日			
該当・適用されている世帯のみ	□　ひとり親家庭　□　生活保護法の適用				

※申請に係る児童の父母・兄弟姉妹が別居している場合でも、生計が同一の場合は記入してください。

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
□　無	□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
□　有	□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
	□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	
支給認定証の交付希望	□無（決定通知書を希望します）　□有（変更時は返却、紛失時は再交付申請をします）		

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 （　　）	□就労　□疾病・障がい　□介護等　□災害復旧　□求職活動 □就学（職業訓練）　□虐待・DV　□育児休業中の既保育利用児の利用
母 （　　）	□就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等　□災害復旧　□求職活動 □就学（職業訓練）　□虐待・DV　□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
□　保育短時間（1日あたり最大8時間まで）　　□　保育標準時間（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		□　認定こども園（保育部分） □　保育所 □　地域型保育事業	□　自宅から近いため □　職場から近いため □　その他（　　）
第2希望		□　認定こども園（保育部分） □　保育所 □　地域型保育事業	□　自宅から近いため □　職場から近いため □　その他（　　）
第3希望		□　認定こども園（保育部分） □　保育所 □　地域型保育事業	□　自宅から近いため □　職場から近いため □　その他（　　）
第4希望		□　認定こども園（保育部分） □　保育所 □　地域型保育事業	□　自宅から近いため □　職場から近いため □　その他（　　）
第5希望		□　認定こども園（保育部分） □　保育所 □　地域型保育事業	□　自宅から近いため □　職場から近いため □　その他（　　）

□ 上記希望園に空きが出るまで待つ
□ 入園できれば上記希望以外でもよい（湯沢市内の認可保育所、認定こども園の全てを希望する。）
□ その他（　　）

希望する期間	令和　　年　　月　　日　から	□　小学校就学始期 □　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			

市記載欄

個人番号確認	□マイナンバーカード □その他（　　）	本人確認	□運転免許証　□マイナンバーカード □その他（　　）

児童状況及び家族状況報告書

書類番号③

該当するものに〇印をし、必要事項を記入してください（裏面もあります）。

児童氏名	

〇児童の状況

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 健康状態の詳細や癖など気になること
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	

〇児童からみたご両親の他に同居している方に〇印をつけてください。

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

〇父と母、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)		

書類番号④

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	口 **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）			

※第２子以降のお子さんが生まれた場合は裏面も記入してください。

※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

必要に応じて添付していただくことがある書類

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