

第2号様式(第4条・第8条関係)

子どものための教育・保育給付認定(変更)申請書  
兼 保育施設・事業利用申請書〔2・3号認定用〕

令和3年度

受付

- 子どものための教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を見ることが出来る。
- その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。以上のことに同意の上で施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定申請をします。

天理市長 様

令和 年 月 日

保護者(誓約者) 氏名

印

※ 上記保護者を、支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。

次のとおり、子どものための教育・保育給付認定および施設利用について申し込みます。

保護者住所	天理市					
	転入予定	<input type="checkbox"/> 有	1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 天理市外 ( )		
保護者連絡先	連絡先(父)	—	—	連絡先(母)	—	—
区分	フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業学校名等	個人番号
申請に係る児童		本人	令和 年 月 日	男・女		
児童の世帯員 (世帯分離をしている場合を含む)		父	平成 年 月 日	男		
		母	平成 年 月 日	女		
			令和 年 月 日	男・女		
			令和 年 月 日	男・女		
			令和 年 月 日	男・女		
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ひとり親世帯の該当		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
在宅障がい者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (在宅障がい者と児童との続柄: )					
教育(幼稚園)の併願	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (希望・内定施設: )					
転園の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (入所施設名: )					
利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日・就学前まで					
希望する施設(事業者)名	第1希望 (希望理由)					
	第2希望 (希望理由)					
	第3希望 (希望理由)					
	第4希望 (希望理由)					
	第5希望 (希望理由)					

※児童福祉課記入欄

保育事由			保育必要量		認定期間(迄)	
父	就・産・障・介・災・求・学・育・( )		標・短		就学前・ 年 月	
母	就・産・障・介・災・求・学・育・( )					
教育併願	有・無	送付				備考
申請	決定	利用料	変更	解除		

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由			保育必要量の希望	
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 標準時間利用 (1日11時間まで)
申請時点の申請児童以外の出産予定	出産の予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(予定日 年 月 日ごろ)			<input type="checkbox"/> 短時間利用 (1日8時間まで)	
	出産後の予定	<input type="checkbox"/> 育休取得 <input type="checkbox"/> 父(終了予定 年 月頃) <input type="checkbox"/> 母(終了予定 年 月頃) <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 自宅で保育するため保育施設・事業の利用を止める <input type="checkbox"/> その他				
兄弟姉妹で利用を希望する場合右の□にシ点を付けてください	<input type="checkbox"/> 同時期に同じ施設・事業を利用できる場合のみ利用を希望する <input type="checkbox"/> 同時期に利用できる場合は別々の施設、事業でも利用を希望する <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち、1人でも利用できる場合は、利用を希望する ただし【子ども氏名： ( )】が利用できない場合は、その他の児童も利用を希望しない <input type="checkbox"/> その他 ( )					
入所希望日に入所できなかったときの予定	<input type="checkbox"/> その他のサービスを利用する					
	<input type="checkbox"/> 一時保育等 <input type="checkbox"/> 職場の託児所等 <input type="checkbox"/> 認可外施設 <input type="checkbox"/> その他( )					
	<input type="checkbox"/> 親族が保育(予定者： ( )) <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く <input type="checkbox"/> 育休延長 <input type="checkbox"/> 今回の入所希望を取り下げる <input type="checkbox"/> 希望の施設に入所できるまで待つ <input type="checkbox"/> その他( )					
申請時点における児童の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(保育者 児童との続柄 )					
	<input type="checkbox"/> 自宅外に預けている					
	<input type="checkbox"/> 保育所に入っている <input type="checkbox"/> 認定こども園					
	<input type="checkbox"/> 親族(児童との続柄： ( )) <input type="checkbox"/> 知人					
	<input type="checkbox"/> 一時預かり保育 <input type="checkbox"/> 幼稚園					
	<input type="checkbox"/> 特定保育 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設					
	<input type="checkbox"/> 事業所内託児所 <input type="checkbox"/> その他					
施設名・保育者名( ) 利用開始年月日( )						
<input type="checkbox"/> 職場で保育している⇒ <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> その他( )						
健康状態	健診の受診		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(4か月健診・1歳9か月健診・3歳児健診)			
	健診時の指摘事項、その他発達上の心配事や定期的な通院等		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容： ( ))			
	障害者手帳の交付		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ( ) 手帳 級)			
	保健センター・保健師への相談		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容： ( ))			
	アレルギー等		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容： ( ))			
	食事制限		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容： ( ))			
祖父母の状況(申込児童と同居の場合、住所の記入は不要です)	父方	祖父	氏名	年齢	居住市町村	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )
		祖母				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )
	母方	祖父				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )
		祖母				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )

令和3年度

子どものための教育・保育給付認定(変更)申請書  
兼 保育施設・事業利用申請書[2・3号認定用]

記入例

○子どものための教育・保育給付認定に必要な市民税の情報

(同一世帯者を含む)及び世帯情報(児童手当等)を照会してください。

○その情報に基づき決定した利用者負担率  
以上のことに同意の上で施設型給付

記入日・保護者名を記入の上  
必ず印鑑を押印してください。

施設等に対して提示すること。  
給付認定申請をします。

天理市長 様

令和2年11月20日

保護者(誓約者)氏名 天理 太郎



※ 上記保護者を、支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。

次のとおり、子どものための教育・保育給付認定および施設利用について申し込みます。

保護者住所	天理市 川原城町605						
	転入予定	<input type="checkbox"/> 有	1月1日時点の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 天理市外 ( <input type="checkbox"/> 〇〇県 <input type="checkbox"/> 〇〇市 )			
保護者連絡先	連絡先(父)	0743-63-1001		連絡先(母)	090-1111-1111		
区分	フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業学校名等	個人番号	
申請に係る児童	テンリ ジロウ 天理 二郎	本人	令和 平成 元年 5 月 5 日	男・女		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
	テンリ タロウ 天理 太郎	父	平成 昭和 〇〇年 〇 月 〇 日	男		天理市役所	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
児童の世帯員 (世帯分離をしている 場合を含む)	テンリ ハナコ 天理 花子	母	平成 昭和 〇〇年 〇 月 〇 日	女	天理	3	
	テンリ イチロウ 天理 一郎	兄	令和 昭和 26 年 4 月 1 日	男・女	やまだ	4	
	テンリ シゲタロウ 天理 重太郎	祖父	令和 平成 昭和 〇〇年 〇 月 〇 日	男・女	無		
	テンリ キクコ 天理 菊子	祖母	令和 平成 昭和 〇〇年 〇 月 〇 日	男・女	天理商店		
				令和 平成 昭和 年 月 日	男・女		
生活保護の適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		ひとり親世帯の該当	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
在宅障がい者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (在宅障がい者と児童との続柄: )						
教育(幼稚園)の併願	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (希望・内定施設: )						
転園の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (入所施設名: )						
利用を希望する期間	令和3年 4 月 1 日から 令和 年 月 日・就学前まで						
希望する施設 (事業者)名	第1希望	南 保育所	(希望理由)通勤途上				
	第2希望	中央保育所	(希望理由)家から近				
	第3希望	北 保育所	(希望理由)勤務地に				
	第4希望	嘉幡保育所	(希望理由)親族が近くに住				
	第5希望	やまだこども園	(希望理由)通勤途上のため				

個人番号(マイナンバー)は申請児童・保護者及び兄弟姉妹分を記載してください。祖父母・おじ・おば分の記載は必要ありません。

希望する保育施設は、第5希望まで記入することが可能です。

※児童福祉課記入欄

保育事由		保育必要量	認定期間(迄)
父	就・産・障・介・災・求・学・育・( )	標・短	就学前・ 年 月
母	就・産・障・介・災・求・学・育・( )		
教育併願	有・無	送付	備考
申請	決定	利用料	
		変更	解除

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由			保育必要量の希望	
	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他( )				<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間利用 (1日11時間まで)
申請時点の申請児童以外の 出産予定	出産の予定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(予定日 年 月 日ごろ)			<input type="checkbox"/> 短時間利用 (1日8時間まで)	
	出産後の予定	<input type="checkbox"/> 育休取得 <input type="checkbox"/> 父(終了予定 年 月頃) <input type="checkbox"/> 母(終了予定 年 月頃) <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 自宅で保育するため保育施設・事業の利用を止める <input type="checkbox"/> その他				
兄弟姉妹で同時期 に入所を希望する 場合 右の□ にレ点を 付けてください	<input type="checkbox"/> 同時期に同じ施設・事業を利用できる場合のみ利用を希望する <input type="checkbox"/> 同時期に利用できる場合は別々の施設、事業でも利用を希望する <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち、いずれかが利用できる場合は、利用を希望する ただし【子ども氏名： ( )】が利用できない場合は、その他の者も利用を希望しない <input type="checkbox"/> その他 ( )					
入所希望日に入所 できなかったときの 予定	<input type="checkbox"/> その他のサービスを利用する					
	<input type="checkbox"/> 一時保育等 <input type="checkbox"/> 職場の託児所等 <input type="checkbox"/> 認可外施設 <input type="checkbox"/> その他( )					
	<input type="checkbox"/> 親族が保育(予定者： ( )) <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く <input checked="" type="checkbox"/> 育休延長 <input type="checkbox"/> 今回の入所希望を取り下げる <input type="checkbox"/> 希望の施設に入所できるまで待つ <input type="checkbox"/> その他( )					
申請時点における 児童の 健康 状態	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で見ている ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(保育者 児童との続柄 ( ))					
	<input type="checkbox"/> 自宅外に預けている					
	<input type="checkbox"/> 保育所に入っている <input type="checkbox"/> 認定こども園					
	<input type="checkbox"/> 親族(児童との続柄： ( )) <input type="checkbox"/> 知人					
	<input type="checkbox"/> 一時預かり保育 <input type="checkbox"/> 幼稚園					
	<input type="checkbox"/> 特定保育 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設					
	<input type="checkbox"/> 事業所内託児所 <input type="checkbox"/> その他					
施設名・保育者名( ) 利用開始年月日( )						
<input type="checkbox"/> 職場で保育している⇒ <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> その他( )						
健康状態		健診の受診	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <u>4</u> か月健診・1歳9か月健診・3歳児健診 )			
		健診時の指摘事項、その他発達上の心配事や定期的な通院等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容： ( ))			
		障害者手帳の交付	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ( ) 手帳 ( ) 級 )			
		保健センター保健師への相談	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容： ( ))			
		アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (内容： 牛乳 ( ))			
		食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容： ( ))			
祖父母の状況 (申込児童と同居 の場合、住所の記 入は不要です)	父方	祖父	氏名	年齢	居住市町村	児童を保育できない理由
		祖母				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )
	母方	祖父	奈良 太郎	65	奈良市	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input checked="" type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )
		祖母	奈良 花子	65	奈良市	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input checked="" type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )