

様式第1号の2（第2条関係）

令和5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〕

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）及び世帯情報を閲覧すること。  
○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

※ 原則として、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・保育給付認定及び施設利用について申請します。

保護者住所											
転出・転入予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日に へ 転出・転入 予定）										
前年1月1日時点の住所	父	<input type="checkbox"/> 天理市 <input type="checkbox"/> 天理市以外（ ）				当年1月1日時点の住所	父	<input type="checkbox"/> 天理市 <input type="checkbox"/> 天理市以外（ ）			
	母	<input type="checkbox"/> 天理市 <input type="checkbox"/> 天理市以外（ ）					母	<input type="checkbox"/> 天理市 <input type="checkbox"/> 天理市以外（ ）			
保護者連絡先	電話番号（父）		— —								
	電話番号（母）		— —								
区分	フリガナ氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業学校名等	個人番号					
申請に係る子ども		本人	令和 西暦 平成 年月日	男・女	/						
		父	平成 西暦 昭和 年月日	男							
子どもの世帯員（世帯分離をしている場合を含む）		母	平成 西暦 昭和 年月日	女							
			令和 西暦 平成 昭和 年月日	男・女							
			令和 西暦 平成 昭和 年月日	男・女							
			令和 西暦 平成 昭和 年月日	男・女							
			令和 西暦 平成 昭和 年月日	男・女							
			令和 西暦 平成 昭和 年月日	男・女							
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（添付書類必要）										
ひとり親世帯の該当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（添付書類必要）										
在宅障がい者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（添付書類必要）（在宅障がい者と子どもとの続柄： ）										
教育（幼稚園）の併願	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（希望・内定施設： ）										
認可保育施設からの転園希望	<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 <input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 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)										
第6希望以上を希望するか	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する（別紙希望順位表を提出）										
（裏面へ）											

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"/> 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"/> 短時間利用 (1日8時間まで)

申請時点での申請子ども以外の出産予定 無 有 (予定日 年 月 日ごろ)

兄弟姉妹で同時に入所申請する場合の利用決定に係る希望について  
(申請子どもが1人の場合は記入不要)

同時期に同じ保育施設での決定のみを希望 (それ以外の決定は希望しない)

同時期に決定できれば、兄弟姉妹が別の保育施設でもよい (兄弟姉妹が1人でも入所できない場合は希望しない)

同時期でなくてもいいので、同じ保育施設での決定を希望する (兄弟で別の施設の決定は希望しない)

【同時期に別の施設で内定可能な場合の希望】	【兄弟姉妹が同時期に内定が出来ない場合の希望】
<input type="checkbox"/> 上の子優先 (下の子の決定は希望しない)	<input type="checkbox"/> 上の子優先 (下の子のみの決定は希望しない)
<input type="checkbox"/> 下の子優先 (上の子の決定は希望しない)	<input type="checkbox"/> 下の子優先 (上の子のみの決定は希望しない)
<input type="checkbox"/> 希望順位の高い施設に内定可能な子を優先	<input type="checkbox"/> 優先順位はない (決定がどちらか1人でも辞退はしない)

同時期でなくてもよく、かつ、兄弟姉妹が別の保育施設でもよい (入所を最優先する)

【兄弟姉妹が同時期に内定が出来ない場合の希望】

上の子優先 (下の子のみの決定は希望しない)

下の子優先 (上の子のみの決定は希望しない)

優先順位はない (決定がどちらか1人でも辞退はしない)

その他 (3人以上の同時申請等で、兄弟姉妹の優先順位の希望等がある場合、詳細に記載してください)

[ ]

入所希望日に入所できなかったときの予定

一時保育を利用する  幼稚園を利用する  認可外保育施設 (職場内託児所等) を利用する

育児休業を延長する  職場で保護者が保育する  親族等が保育する (予定者: )

今回の入所希望を取り下げる  その他 ( )

申請時点における子どもの状況

自宅で見ている ⇒  父  母  その他 (保育者 子どもの続柄 )

自宅外で見ている

保育所・認定こども園・小規模保育事業所  認可外保育施設 (職場内託児所等)

幼稚園  一時保育を利用

職場に連れて行き、保護者が保育している  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: )

		氏名	年齢	居住市町村	子どもを保育できない理由
祖父母の状況 (表面で子どもの世帯員として記載した場合は記入不要)	父方	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 ( )
	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 ( )

※事務処理欄

本人確認: 父 母 その他 ( )

本人確認書類: マイナンバーカード 免許証 パスポート その他 ( )

備考

様式第1号の2 (第2条関係)

令和5年度

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

記載例

- 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)及び世帯情報を閲覧すること。
  - 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 4 年 11 月 2 日

保護者(誓約者) 氏名 天理 市郎

※ 原則として、上記保護者を支給認定結 令和5年 (2023年) 1月1日時点 通知等の対象となる保護者としてします。

次のとおり、子どものための教育・保育給付認定及び施設利用につ

保護者住所	天理市 二階堂上ノ庄町 ○○番地									
転出・転入予定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日に 転出・転入 予定)									
前年1月1日時点の住所	父	<input type="checkbox"/> 天理市 <input checked="" type="checkbox"/> 天理市以外 ( 桜井市 )			当年1月1日時点の住所	父	<input checked="" type="checkbox"/> 天理市 <input type="checkbox"/> 天理市以外 ( )			
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 天理市 <input type="checkbox"/> 天理市以外 ( )			母	<input checked="" type="checkbox"/> 天理市 <input type="checkbox"/> 天理市以外 ( )				
保護者連絡	電話番号(父)	0743 - 65 - 0000				職業 学校名等				
	(母)	090 - 1111 - XXXX								
区分	区分名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業 学校名等	個人番号				
申請に係る子ども	テンリ タキコ 天理 滝子	本人	令和 西暦 平成 2年 2月15日	男 女 <input checked="" type="radio"/>		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
	テンリ イチロウ 天理 市郎	父	平成 西暦 昭和 60年 5月25日	男	XX株式会社	2				
	テンリ イチコ 天理 市子	母	平成 西暦 昭和 61年10月11日	女	介護職 (○○ホーム)	3				
	テンリ ハナコ 天理 花子	姉	令和 西暦 平成 元年 7月 3日	男 女 <input checked="" type="radio"/>	天理市立 中央保育所	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4				
	テンリ イチタ 天理 市太	兄	令和 西暦 平成 26年11月13日	男 女 <input checked="" type="radio"/>	二階堂小学校	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5				
	テンリ シゲコ 天理 繁子	祖母	令和 西暦 平成 33年 9月 2日	男 女 <input checked="" type="radio"/>	□□スーパー					
	テンリ シゲタロウ 天理 繁太郎	祖父	令和 西暦 平成 34年 3月28日	男 女 <input checked="" type="radio"/>	△△商店					
	子どもの世帯員 (世帯分離をしている場合を含む)	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、おば分の記載は不要です。								
生活保護の適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (添付書類必要)									
ひとり親世帯の該当	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (添付書類必要)									
在宅障がい者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (添付書類必要) (在宅障がい者と子どもとの続柄: 兄 )									
教育(幼稚園)の併願	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (希望・内定施設: )									
認可保育施設からの転園希望	<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 5 年 4 月 1 日 から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで									
希望する施設 (事業者)名	第1希望	天理市立中央保育所				(希望理由)	姉の通う施設のため			
	第2希望	天理市立北保育所				(希望理由)	父の勤務途上のため			
	第3希望	天理市立嘉幡保育所				(希望理由)	母の勤務先と近いため			
	第4希望					(希望理由)				
	第5希望					(希望理由)				
第6希望以上を希望するか	<input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (別紙希望順位表を提出)									

(裏面へ)

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 type="checkbox"/> 父 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 短時間利用 (1日8時間まで)

申請時点での申請子ども以外の出産予定 無 有 (予定日 年 月 日ごろ)

兄弟姉妹で同時に入所申請する場合の利用決定に係る希望について (申請子どもが1人の場合は記入不要)

同時期に同じ保育施設での決定のみを希望 (それ以外の決定は希望しない)

同時期に決定できれば、兄弟姉妹が別の保育施設でもよい (兄弟姉妹が1人でも入所できない場合は希望しない)

同時期でなくてもいいので、同じ保育施設での決定を希望する (兄弟で別の施設の決定は希望しない)

【同時期に別の施設で内定可能な場合の希望】	【兄弟姉妹が同時期に内定が出来ない場合の希望】
<input type="checkbox"/> 上の子優先 (下の子の決定は希望しない)	<input type="checkbox"/> 上の子優先 (下の子のみの決定は希望しない)
<input type="checkbox"/> 下の子優先 (上の子の決定は希望しない)	<input type="checkbox"/> 下の子優先 (上の子のみの決定は希望しない)
<input type="checkbox"/> 希望順位の高い施設に内定可能な子を優先	<input type="checkbox"/> 優先順位はない (決定がどちらか1人でも辞退はしない)

同時期でなくてもよく、かつ、兄弟姉妹が別の保育施設でもよい (入所を最優先する)

【兄弟姉妹が同時期に内定が出来ない場合の希望】

上の子優先 (下の子のみの決定は希望しない)

下の子優先 (上の子のみの決定は希望しない)

優先順位はない (決定がどちらか1人でも辞退はしない)

その他 (3人以上の同時申請等で、兄弟姉妹の優先順位の希望等がある場合、詳細に記載してください)

( )

入所希望日に入所できなかったときの予定

一時保育を利用する  幼稚園を利用する  認可外保育施設 (職場内託児所等) を利用する

育児休業を延長する  職場で保護者が保育する  親族等が保育する (予定者: )

今回の入所希望を取り下げる  その他 ( )

申請時点における子どもの状況

自宅で見ている ⇒  父  母  その他 (保育者 子どもの続柄 )

自宅外で見ている

保育所・認定こども園・小規模保育事業所  認可外保育施設 (職場内託児所等)

幼稚園  一時保育を利用

職場に連れて行き、保護者が保育している  その他 ( )

健康状態	健診の受診	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 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: )

		氏名	年齢	居住市町村	子どもを保育できない理由	
祖父母の状況 (表面で子どもの世帯員として記載した場合は記入不要)	父方	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 ( )	
	母方	祖父	奈良 太郎	66	大和郡山市	<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	62	大和郡山市	<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 ( )

※事務処理欄

本人確認: 父 母 その他 ( )

本人確認書類: マイナンバーカード 免許証 パスポート その他 ( )

備考