※第　　号

教育・保育給付認定申請書　兼　保育所入所申込書

※

年　月　日

帯広市長　様

※
※
※

保護者（世帯主）	住所	〒 帯広市
	氏名	
	電話	（呼出　　方）
	携帯電話	父：　　母：

施設型給付費・地域型保育給付費に係る給付認定を申請します。また、保育所への入所につき次のとおり申し込みます。

利用希望児童	ふりがな 氏　名		生年月日	年　月　日生（　才）
			個人番号	
認定区分	☐2号　【保育認定】満3歳以上児…保育所（園）・認定こども園			
	☐3号　【保育認定】満3歳未満児…保育所（園）・認定こども園・地域型保育（小規模等）			
保育の実施を必要とする理由	父	☐居宅外就労　☐居宅内就労　☐単身赴任　☐育児休業　☐疾病・障害 ☐介護・看護　☐災害復旧　☐求職活動　☐就学　☐その他（　）		
	母	☐居宅外就労　☐居宅内就労　☐単身赴任　☐妊娠・出産　☐育児休業　☐疾病・障害 ☐介護・看護　☐災害復旧　☐求職活動　☐就学　☐その他（　）		
祖父母同居の有無	祖父	☐無　☐有（氏名　）	祖母	☐無　☐有（氏名　）
同居人の有無	☐無　☐有（氏名　）			
利用を希望する期間	年　月　日から　年　月　日まで			
利用を希望する時間	平日	：　～　：	土曜	：　～　：
	日曜	：　～　：	日曜出勤の場合の休日	曜日
利用を希望する施設	保育施設入所希望調査票のとおり			

利用希望児童の家庭の状況（利用希望児童を除く、児童と同居する全ての方、単身赴任や就学などで別居している父母兄弟についても記入）

区分	ふりがな 氏　名	続柄	生年月日（年齢）	就労先名称・学校名 保育所名・幼稚園名 別居の方は住所を記載してください	同居別居	個人番号
利用希望児童の世帯員			（　才） 年　月　日		☐同 ☐別	
			（　才） 年　月　日		☐同 ☐別	
			（　才） 年　月　日		☐同 ☐別	
			（　才） 年　月　日		☐同 ☐別	
			（　才） 年　月　日		☐同 ☐別	
			（　才） 年　月　日		☐同 ☐別	
			（　才） 年　月　日		☐同 ☐別	

記入上の注意　☐内はレ点を記入して下さい。　※印は記入しないでください。

利用希望児童の家庭状況

R6年1月1日における住所	□ 帯広市在住　□ 他市町村在住 （　　都・道・府・県　　区・市・町・村 ）　所得課税証明書（ 提出 ・ 未提出 ）		
R7年1月1日における住所	□ 帯広市在住　□ 他市町村在住 （　　都・道・府・県　　区・市・町・村 ）　所得課税証明書（ 提出 ・ 未提出 ）		
利用希望児童の現在の状況	□ 家族で過ごしている □ 託児所・事業所内保育所・幼稚園等に入っている　（名称　　） □ 祖父母、親族等に預けている　□ 仕事先に連れて行く　□ その他（　　）		
利用希望児童の過去の入所状況	□ これまで保育所・幼稚園等に入所したことはない □ 入所していたことがある　（名称　　保育所（園）・託児所・幼稚園 ）		
利用した場合の児童の送迎	送り	□ 父　□ 母　□ その他（　　）	□ 車　□ バス　□ 徒歩　□ その他（　　）
	迎え	□ 父　□ 母　□ その他（　　）	□ 車　□ バス　□ 徒歩　□ その他（　　）

別居監護している世帯、ひとり親世帯、障がい者（児）世帯等の申告について

お子様を別居監護している世帯やひとり親の世帯、障がい者がいる世帯については、申請をすることで保育料が安くなることがあります（所得制限があります）。下記のいずれかの□にチェック（レ点を記入）をしてください。

別居監護の該当の有無

□ 該当しません。

□ 別居監護をしているので「保育料　別居監護申立書」を提出します。

ひとり親世帯の該当の有無

□ 該当しません。

□ 児童扶養手当受給資格またはひとり親家庭医療費助成制度の対象となっています。

□ その他　（　　）

障がい者（児）世帯の該当の有無

□ 該当しません。

□ 特別児童扶養手当受給資格があります。　対象者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 身体障害者手帳または療育手帳または精神障害者保健福祉手帳を保有しています。

対象者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 障害基礎年金または障害厚生年金を受給しています。

□ その他　（　　）

生活保護法の適用の有無

□ 該当しません。　□ 該当します。

税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定に必要な市町村民税の情報及び個人番号（いずれも同一世帯員を含む）、並びに世帯情報（ひとり親世帯・障がい者（児）世帯に関わる情報等含む）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、特定教育・保育施設等に対して提示すること。また、子どもの発達の把握が保育上不可欠である場合、市の担当者が、医療機関、保育施設、療育機関並びに乳幼児健康診査、健康相談及び家庭訪問等に関する関係機関等が保有する情報の閲覧を行うこと。また、主治医、保育施設、療育関係及び保健福祉センター等との情報共有を行うことに同意します。

保護者氏名

※経過記録（このページは記入しないでください）

※施設記入欄（このページは記入しないでください）

年　　月　　日　入所申込受付	受付 施設名	□　　こども課 □	受付者	

	年　月　日（当初）		年　月　日		年　月　日		年　月　日	
基本点								
補正点								
合計点								

	年　月　日		年　月　日		年　月　日		年　月　日	
基本点								
補正点								
合計点								

摘要

個人番号 確認	□ 通知カード	□ マイナンバーカード	□ 住民票	□ 住民基本台帳等
本人 確認	□ 運転免許証	□ マイナンバーカード	□ その他　（　　）	

受付年月日	