

子どものための教育・保育給付に係る支給認定申請書兼入所申込書

新庄市長 宛て

以下の事項に同意のうえ、次のとおり子どものための教育・保育給付に係る支給認定を申請します。

子どものための教育・保育給付に係る支給認定及び利用者負担額の算定にあたり、新庄市が保有する住民基本台帳及び住民税課税情報を確認すること、及び、個人番号の利用により、住民票関係情報・住民税課税情報・生活保護等情報・児童扶養手当の受給情報・障害者関係情報を確認すること。また、その情報に基づき決定した内容を特定教育・保育施設に対して提示すること。

保護者（自署）^{ふりがな} 氏名

※記載内容に不正（虚偽）が認められた場合は、認定・利用を取り消す場合があります。

申請日	年 月 日		支給認定証の交付を希望する（必要な場合のみ）		☐
保護者住所					
昨年1月1日の住所(*1)	父	都道府県	市区町村	母	都道府県 市区町村
今年1月1日の住所(*1)	父	都道府県	市区町村	母	都道府県 市区町村
電話連絡先	(父) (母) (自宅)				
申請児童	氏名		続柄	生年月日	性別
	(ふりがな)			年 月 日生(歳児)	男・女
	個人番号			-	-
利用を希望する期間	年 月 日 ~ ☐ 年 月末日まで ☐ 小学校就学前まで				
希望保育時間	☐ 保育標準時間（1日最長11時間まで） ☐ 保育短時間（1日最長8時間まで） ☐ 教育標準時間（幼稚園等の利用）				

(*1)新庄市外に住民票があった方のみ記入してください

保育の利用を必要とする理由 ※保育標準時間、保育短時間を選択された方は記入してください

保育の利用を必要とする理由	父	☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ その他
	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 ☐ 虐待・DV ☐ その他

利用を希望する特定教育・保育施設名

利用を希望する 特定教育・保育施設名	第1希望	(希望理由) ☐ 自宅に近い ☐ 勤務先に近い ☐ 環境がよい ☐ 兄弟姉妹が入所している ☐ その他()
	第2希望	(希望理由) ☐ 自宅に近い ☐ 勤務先に近い ☐ 環境がよい ☐ 兄弟姉妹が入所している ☐ その他()
	第3希望	(希望理由) ☐ 自宅に近い ☐ 勤務先に近い ☐ 環境がよい ☐ 兄弟姉妹が入所している ☐ その他()
	第3希望以上記載する場合は「希望順・施設名」を記入してください。	
兄弟姉妹同時申込の場合	兄弟姉妹がそれぞれ別施設での利用 ☐ 可 ☐ 不可	
育児休業の延長(*2)	希望する保育施設に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できる ☐	
	※承諾した場合、利用調整の優先順位が下がることに同意することとなります	

(*2)育児休業からの復職を理由に保育所等の入所申込をされる方のみ記入してください。

申請児童の保育状況・健康状態

児童の保育状況(日中)	☐ 保護者等が保育（父・母・祖父母・その他） ☐ 保育施設（ ☐ その他（ 	
児童の健康状態	☐ 異常なし ☐ 心臓病 ☐ ぜんそく ☐ 熱性けいれん・ひきつけ ☐ その他治療中・経過観察中の病気(病名： 	
食物アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ☐ 離乳前のため不明 ※有の場合、下記①～③を記入してください ①食べさせてはいけないもの（ ②食べた際の症状（発疹・吐き気・呼吸困難・その他： ③医師による食事制限の有無（ ☐ 無 ☐ 有： 	
障害者手帳の情報	☐ 無 ☐ 有（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳） ※有の場合、各手帳の写しを添付してください	
乳幼児健診の状況	4ヶ月児健診 ☐ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 1歳6ヶ月児健診 ☐ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 2歳児健診 ☐ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 3歳児健診 ☐ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 ※指導事項があった場合、どのような対応をしましたか 	
その他、お子さまの発達や健康状態について気になることがあれば記入してください（発語や歩行など）		

申請児童の家族状況

申請児童以外の家族世帯員(*4)	氏名(*3)	生年月日	続柄	職業(勤務先)・通学先等	個人番号
	(ふりがな)	年 月 日生	父		- -
	(ふりがな)	年 月 日生	母		- -
	☐ 現在妊娠中である(出産予定日： 年 月 日) 育休取得予定 ☐ 無 ☐ 有				
	(ふりがな)	年 月 日生			
	(ふりがな)	年 月 日生			
	(ふりがな)	年 月 日生			
	(ふりがな)	年 月 日生			
ひとり親世帯等		☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ 別居(調停 ☐ 無 ☐ 有)			
生活保護の適用の有無		☐ 非該当 ☐ 該当(年 月 日保護開始)			
同居ご家族の状況		次の制度に該当する方はいらっしゃいますか ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 障害基礎年金 ☐ 特別児童扶養手当 氏名：() ※該当する場合、各手帳等の写しを添付してください。			

(*3) 保護者の方が単身赴任等で同居されていない場合も記入してください

(*4) 申請児童のきょうだいで22歳以下かつ保護者が養育するお子さんがいる場合は、別居でも記入してください

祖父母の状況(同居していない場合のみ記入)

父方	祖父	氏名 生年月日 年 月 日生	住所
	祖母	氏名 生年月日 年 月 日生	住所
母方	祖父	氏名 生年月日 年 月 日生	住所
	祖母	氏名 生年月日 年 月 日生	住所

子どものための教育・保育給付に係る支給認定申請書

新庄市長 宛て

以下の事項に同意のうえ、次のとおり子どものための教育・保育給付に係る支給認定及び利用者負担額の算出を希望します。

子どものための教育・保育給付に係る支給認定及び利用者負担額の算出を希望すること、及び、個人番号の利用により、住民票関係情報・住民票関係情報を確認すること。また、その情報に基づき決定した内容を特定教育・保育施設に対して提示すること。

特別に必要な方のみチェックを記入してください

※交付された認定証は、返還する必要があります。

交付を希望しない場合、認定内容が記載された「支給認定決定通知書」を送付します。(決定通知書は返還不要です)。

提出日を記入

保護者（自署）

ふりがな

ほいく たろう

氏名

保育 太郎

※記載内容に不正（虚偽）が認められた場合は、認定・利用を取り消す場合があります。

申請日	R7 年 6 月 25 日	支給認定証の交付を希望する（必要な場合のみ）	☐
保護者住所	新庄市沖の町 10 番 37 号		
昨年 1 月 1 日の住所（*1）	父 山形 都道府県 山形 市区町村 母 都道府県 市区町村		
今年 1 月 1 日の住所（*1）	父 山形 都道府県 新庄 市区町村 母 都道府県 市区町村		
電話連絡先	(父) 080 - 0000 - 0000 (母) 080 - 0000 - 0000		
申請児童	氏名 (ふりがな) ほいく はなこ 保育 花子	続柄 次女	R6 年 6 月 25 日生(0 歳児) 男・女 第 4 子
個人番号	- ◇ ◇ ◇ ◇		
利用を希望する期間	R7 年 8 月 1 日 ~ □ 年 月 末日まで ☒ 小学校就学前まで		
希望保育時間	☒ 保育標準時間（1 日最長 11 時間まで） ☐ 保育短時間（1 日最長 8 時間まで） ☐ 教育標準時間（幼稚園等の利用）		

当該時点で新庄市外に住民票があった方は必ずご記入ください

当該年度の 4/1 時点での年齢を記入

(*1)新庄市外に住民票があった方のみ記入してください

個人番号がわからない場合は空欄のまま提出してください

保育の利用を必要とする理由 ※保育標準時間、保育短時間を選択された方は記入してください

保育の利用を必要とする理由	父 ☒ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ その他
	母 ☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ その他

別紙「令和 9 年度新庄市保育所等入所案内」を確認し、該当するものにチェック

利用を希望する特定教育・保育施設名

利用を希望する特定教育・保育施設名	第 1 希望 ○○保育園	(希望理由) ☒ 自宅に近い ☐ 勤務先に近い ☐ 環境がよい ☐ 兄弟姉妹が入所している ☐ その他()
	第 2 希望 ▲▲幼稚園	(希望理由) ☐ 自宅に近い ☐ 勤務先に近い ☒ 環境がよい ☐ 兄弟姉妹が入所している ☐ その他()
	第 3 希望 □□保育所	(希望理由) ☐ 自宅に近い ☐ 勤務先に近い ☐ 環境がよい ☐ 兄弟姉妹が入所している ☐ その他()
	第 3 希望以上記載する場合は「希望理由」欄に記入してください 第 4 希望：◆◆保育園	
兄弟姉妹が同時申請の場合	☒ 不可 ☐ 可	
【育児休業からの復職のために保育所等の利用を希望する方】	希望施設でのみ入所調整を希望し、調整の結果希望施設へ入所できなかった場合に育児休業の延長を許容できる方はチェックを記載してください。	

兄弟姉妹が入所済・兄弟姉妹と同時に申込の場合、同じ施設のみでの保育を希望される場合は、不可にチェック

(*2) 長を許容できる方はチェックを記載してください。

裏面に続きます

申請児童の保育状況・健康状態

児童の保育状況(日中)	☒ 保護者等が保育(父・母・祖父母・その他) ☐ 保育施設() ☐ その他()
児童の健康状態	☒ 異常なし ☐ 心臓病 ☐ ぜんそく ☐ 熱性けいれん・ひきつけ ☐ その他治療中・経過観察中の病気(病名:)
食物アレルギー	☐ 無 ☒ 有 ☐ 離乳前のため不明 ※有の場合、下記①～③を記入してください ①食べさせてはいけないもの(<u>乳製品</u>) ②食べた際の症状(<u>発疹</u> ・吐き気・呼吸困難・その他:) ③医師による食事制限の有無(☒ 無 ☐ 有:)
障害者手帳の情報	☒ 無 ☐ 有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳) ※有の場合、各手帳の写しを添付してください
乳幼児健診の状況	4ヶ月児健診 ☒ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 1歳6ヶ月児健診 ☐ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 2歳児健診 ☐ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 3歳児健診 ☐ 異常なし ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診 ※指導事項があった場合、どのような対応をしましたか ()
その他、お子さまの発達や健康状態について気になることがあれば記入してください(発語や歩行など)	

該当するものに
チェック及び記入

申請児童の家族状況

現在妊娠中の場合記入してください

氏名(*3)	生年月日	性別	続柄	職業(勤務先)・通学先等	個人番号
(ふりがな) ほいく たろう 保育 太郎	S61年3月3日生	<u>男</u> 女	父	(株)〇〇建築(単身赴任)	0000 - 0000 - 0000
(ふりがな) ほいく いくこ 保育 郁子	S63年2月2日生	男 <u>女</u>	母	〇〇介護サービス〇〇	- -
☒ 現在妊娠中である(出産予定日: R7年10月30日) 育休取得予定 ☐ 無 ☒ 有					
(ふりがな) ほいく けんた 保育 健太	H26年4月4日生	<u>男</u> 女	兄	△△小学校	
(ふりがな) ほいく そうた 保育 草太	R4年5月5日生	<u>男</u> 女	弟		
(ふりがな) ほいく せいいち 保育 誠一	S32年6月6日生	<u>男</u> 女	祖父	◇◇食堂(自営)	
(ふりがな) ほいく きよこ 保育 清子	S36年7月7日生	男 <u>女</u>	祖母	◇◇食堂(自営)	
(ふりがな) ほいく そのこ 保育 園子	H15年1月1日生	男 <u>女</u>	姉	〇〇大学(別居)	
ひとり親世帯等	☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ 別居(調停 ☐ 無 ☐ 有)				
生活保護の適用の有無	☒ 非該当 ☐ 該当(年 月 日保護開始)				
同居ご家族の状況	次の制度に該当する方はいらっしゃいますか ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 障害基礎年金 ☐ 特別児童扶養手当 氏名: () ※該当する場合、各手帳等の写しを添付してください。				

個人番号がわからない場合は
空欄のまま提出してください
※単身赴任等の理由で保護者が市内に
いない場合は、必ず記載してください。

該当するものにチェック

該当があればチェック
及び記入

(*3) 保護者の方が単身赴任等で同居されていない場合も記入してください
(*4) 申請児童のきょうだいで22歳以下かつ保護者が養育するお子さんがいる場合は、

祖父母の状況(同居していない場合のみ記入)

父方	祖父	氏名 生年月日 年 月 日生	住所
	祖母	氏名 生年月日 年 月 日生	住所
母方	祖父	氏名 <u>教育 一郎</u> 生年月日 <u>S29年8月8日生</u>	住所 <u>山形県山形市〇〇町1-1-1</u>
	祖母	氏名 <u>教育 花江</u> 生年月日 <u>S32年9月9日生</u>	住所 <u>同上</u>

同居していない祖父母について必ず記入
してください