

支給認定申請書 兼 教育・保育施設入園申込書（平成31年度用）

【保育標準時間・保育短時間（2・3号）認定用】

平成 年 月 日

現住所 下野市

(平成30年1月1日時点の居住地が現住所と異なる場合のみ下記に記入)

保護者氏名 (印)

電話番号: ()

下野市長 様

携帯番号: () (父・母)

() (父・母)

特定教育・保育施設利用にあたり、次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

入園児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	年齢 (H31.4.1)	性別	備考
		平成 年 月 日生	歳	男・女	
入園希望期間	平成31年 月 1 日 ~ 卒園 / 平成 年 月 末日				
保育の希望の有無	有 (2号認定) (3号認定)	障害者手帳 有・無 (身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)			
		アレルギー 有・無 ()			
		その他特記事項 有・無 ()			

入園希望保育施設名	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:	(希望理由)
	第7希望:	(希望理由)
	第8希望:	(希望理由)
	第9希望:	(希望理由)
	第10希望:	(希望理由)

保育認定の希望について

1か月当たりの勤務時間が120時間以上→保育標準時間（11時間の保育）

1か月当たりの勤務時間が120時間未満→保育短時間（施設で定めた8時間の保育）

通勤時間等の都合で、短時間→標準時間、または標準時間→短時間を希望する場合は、該当する箇所に○を付けて理由を記入してください。

どちらかに○	1か月当たり120時間未満だが標準時間を希望	1か月当たり120時間以上だが短時間を希望
理由		

※世帯の状況・利用を希望する期間・利用施設などの変更、または保育標準時間（短時間）から認定教育標準時間（1号認定）への変更を希望するなど、記載した状況と変更がある場合は別途申請が必要ですので、こども福祉課に申し出てください。

世帯の状況について

ひとり親世帯等		非該当・該当（ひとり親世帯・障害児（者）のいる世帯）					
生活保護の適用		非該当・該当					
ふりがな 氏名		生年月日	年齢	性別	続柄	職業（会社員等） 学校名・学年	備考 （単身赴任等）
入 園 児 童 の 世 帯 員		T S H . .		男・女			
		T S H . .		男・女			
		T S H . .		男・女			
		T S H . .		男・女			
		T S H . .		男・女			
		T S H . .		男・女			

※年齢及び学年は平成31年4月1日時点での年齢をご記入ください。

※備考欄には単身赴任や障がいの情報などをご記入ください。

●税情報、世帯情報の提供にあたっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者含む）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に同意します。

保護者氏名



（市記載欄）

利用期間	市町村民税			所得割課税額合計 円	受付 印 欄
	区分	均等割	所得割		
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	父	有・無	円	階層	
	母	有・無	円	減免適用前利用者負担額 （月額） 円	減免適用後利用者負担額 （月額） 円
平成 年 月 日確認	その他 （ ）	有・無	円	減免の理由	ひとり親 ・ 障がい ・ 半額 第二子（多子・ひとり親） 第三子（国・県）

*児童の心身の状況について

児童名 ()

出生時の状況		未熟児・普通 [体重 g]
病気・怪我	現在治療中の傷病	ない・ある
	病名・症状等	
	通院病院名・連絡先	TEL
	今までにかかった傷病	ない ある(病名等:)
アレルギー	食物アレルギー	ない・ある(種類)・未受診
	除去食等	
	その他アレルギー	
発達	発達について相談をしたり、診断を受けたことがあるか	ない ある(内容:)
	相談機関	健康増進課・社会福祉課・こども福祉課・児童相談所 その他()
	その他心配なこと、気になっていることについて	
児童の体質や特別な癖など		
育児に関する悩み		

*アレルギーなど、入園内定後に各教育・保育施設から詳細な調査を実施する場合がありますのでご協力願います。

*児童の現況について

<input type="checkbox"/> 自宅(実家)でみている	父 母 祖父 祖母 その他()
<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・認定こども園に入園中	施設名
<input type="checkbox"/> 認可外保育施設・託児所等に預けている	施設名
<input type="checkbox"/> その他	

*教育・保育施設入園後の送迎予定について

	送迎手段	主な送迎時間	主な送迎者(児童との続柄)
登園	車・自転車・徒歩・バス	午前 時 分頃	父・母・その他()
降園	車・自転車・徒歩・バス	午後 時 分頃	父・母・その他()

*家庭の状況調査票

①保育の利用を必要とする理由

保育の利用を必要とする理由	続柄	保育を必要とする理由	備考
		<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

②児童の祖父母の状況

父方	祖父				祖母			
	氏名		年齢		氏名		年齢	
	同居等	同居・別居・死去・不明			同居等	同居・別居・死去・不明		
母方	祖父				祖母			
	氏名		年齢		氏名		年齢	
	同居等	同居・別居・死去・不明			同居等	同居・別居・死去・不明		

「家庭での保育が出来ないことを証明する書類」早見表

	勤務証明書	自営業就労申立書	保育園入園に関する申立書	母子手帳の写し	診断書	障害者手帳の写し	介護保険被保険者証の写し等	具体的な求職活動の内容を証する書類	在学証明書・カリキュラムの写し	住宅契約書等の転入先住所が分かるもの
就労（会社員等）	○									転入を予定している方は提出してください。
就労（自営業）		○								
妊娠・出産			△	○						
疾病・障害			○		○	○				
介護等			○				○			
求職活動			○				○			
就学			△					○		
虐待・DV			○							
育児休業	○		○							
その他			○							

※理由が「その他」の場合は、状況により添付書類が異なります。

保護者 記入欄	児童名	(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
		(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
	証明を受ける方の氏名	児童との 続柄	父・母 その他 ()

勤 務 証 明 書

以下、事業主の方が記入してください

被雇用者名 (勤務者の氏名)			
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤（正社員及び社会保険加入等正社員に準じる者） <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 非常勤（パート等） <input type="checkbox"/> 自営業（専従者等） <input type="checkbox"/> その他 ()		
仕事の内容			
勤務時間及び日数	平日	時 分 ~ 時 分	1日 時間
	土曜日	時 分 ~ 時 分	あたり (休憩時間除く)
	その他の勤務（休日・交代勤務・曜日による短時間勤務など） 〔 〕		1か月の就労 月平均 日 月平均 時間
勤務曜日	(該当する曜日に○を付けて下さい。不定期の場合は直接ご記入ください。) 月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期〔 〕		
法令による産前産後休暇又は育児休暇を取得〔予定〕している場合	産休期間	無・有 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
	育休期間	無・有 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
	(職場復職年月日 : 平成 年 月 日)		
上記のとおり当事業所に	S H	年 月 日から	〔 勤務中 〕 〔 採用予定 〕 であることを証明します。
証明年月日	平成 年 月 日		
事業所所在地			
事業所名			
代表者氏名	(印)		
電話番号 ()			
	(記入・担当者名)		
《 本人の勤務場所が上記の事業所所在地と異なる場合にはご記入ください。*派遣の場合は派遣先*》			
勤務先住所			
勤務先名			
	(記入・担当者名)		
(期間契約雇用の場合、雇用期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
期間終了後の雇用の継続について ⇒ 予定なし ・ 予定あり (継続して カ月間予定)			

※この証明書は、教育・保育施設に入園または学童保育室入所申込書に添付するものです。内容について担当より確認させていただく場合があります。(お問い合わせ 下野市こども福祉課 Tel 0285-32-8903)

保護者 記入欄	児童名	(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
		(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
	証明を受ける方の氏名	児童との 続柄	父・母 その他 ()

自 営 業 就 労 申 立 書

私の就労の内容は、下記のとおりであることを申し立てます。

平成 年 月 日

住 所 下野市

氏 名 (事業主) (印)

就労時間及び日数	平日	時	分	～	時	分
	土曜日	時	分	～	時	分
	その他の就労時間 (休日・交代勤務・曜日による短時間勤務など)					
	[]					
	1か月平均	約	日	・	時間	/
	1日平均	約	時間			
就労日	(該当する曜日に○を付けて下さい。不定期の場合は直接ご記入ください。)					
	月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期 []					
仕事をしている 場所	自宅	住所				
	自宅外	電話番号				
事業の種類	自営業 () 屋号					
	農 業 (耕作面積 田 畑)					
	内 職 ()					
仕事の内容 (農業の場合は 主な作物等)						
事業形態	業務の中心者・協力者 (人、中心者との続柄：)・家族以外の従業員 (人・無)					
就労開始日	昭和 平成 年 月 日					

※この証明書は、教育・保育施設に入園または学童保育室入所申込書に添付するものです。内容について担当より確認させていただく場合があります。 (お問い合わせ 下野市こども福祉課 Tel 0285-32-8903)

保護者 記入欄	児童名	(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
		(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
	証明を受ける方の氏名	児童との 続柄	父・母 その他 ()

勤 務 証 明 書

以下、事業主の方が記入してください

被雇用者名 (勤務者の氏名)			
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤（正社員及び社会保険加入等正社員に準じる者） <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 非常勤（パート等） <input type="checkbox"/> 自営業（専従者等） <input type="checkbox"/> その他 ()		
仕事の内容			
勤務時間及び日数	平日	時 分 ~ 時 分	1日 時間
	土曜日	時 分 ~ 時 分	あたり (休憩時間除く)
	その他の勤務（休日・交代勤務・曜日による短時間勤務など） 〔 〕		1か月の就労 月平均 日 月平均 時間
勤務曜日	(該当する曜日に○を付けて下さい。不定期の場合は直接ご記入ください。) 月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期〔 〕		
法令による産前産後休暇又は育児休暇を取得〔予定〕している場合	産休期間	無・有 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
	育休期間	無・有 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
	(職場復職年月日 : 平成 年 月 日)		
上記のとおり当事業所に	S H	年 月 日から	〔 勤務中 〕 〔 採用予定 〕 であることを証明します。
証明年月日	平成 年 月 日		
事業所所在地			
事業所名			
代表者氏名	(印)		
電話番号 ()			
	(記入・担当者名)		
《 本人の勤務場所が上記の事業所所在地と異なる場合にはご記入ください。*派遣の場合は派遣先*》			
勤務先住所			
勤務先名			
	(記入・担当者名)		
(期間契約雇用の場合、雇用期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
期間終了後の雇用の継続について ⇒ 予定なし ・ 予定あり (継続して カ月間予定)			

※この証明書は、教育・保育施設に入園または学童保育室入所申込書に添付するものです。内容について担当より確認させていただく場合があります。(お問い合わせ 下野市こども福祉課 Tel 0285-32-8903)

保護者 記入欄	児童名	(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
		(H . . 生)	施設名 () 利用中・第一希望
	証明を受ける方の氏名	児童との 続柄	父・母 その他 ()

自 営 業 就 労 申 立 書

私の就労の内容は、下記のとおりであることを申し立てます。

平成 年 月 日

住 所 下野市

氏 名 (事業主)

⑩

就労時間及び日数	平日 時 分 ~ 時 分	
	土曜日 時 分 ~ 時 分	
	その他の就労時間 (休日・交代勤務・曜日による短時間勤務など)	
	〔 〕	
	1か月平均 約 日・時間 /	1日平均 約 時間
就労日	(該当する曜日に○を付けて下さい。不定期の場合は直接ご記入ください。)	
	月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期〔 〕	
仕事をしている 場所	自宅	住 所
	自宅外	電話番号
事業の種類	自営業 () 屋号	
	農 業 (耕作面積 田 畑)	
	内 職 ()	
仕事の内容 (農業の場合は 主な作物等)		
事業形態	業務の中心者・協力者 (人、中心者との続柄:)・家族以外の従業員 (人・無)	
就労開始日	昭和 ・ 平成 年 月 日	

※この証明書は、教育・保育施設に入園または学童保育室入所申込書に添付するものです。内容について担当より確認させていただく場合があります。(お問い合わせ 下野市こども福祉課 Tel 0285-32-8903)