

支給認定申請書・入所（園）申込書（保育児童台帳）

（あて先）宇都宮市社会福祉事務所長、認定こども園長、地域型保育事業者

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、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。

また、保育施設等申込に関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

支給認定番号		20 年 月 日
--------	--	----------

保護者	フリガナ			連絡先	
	氏名		印	(父)	
	住所	(〒 -)	宇都宮市		
	前年1月1日の住所				
児童	フリガナ		性別	男・女	
	氏名		年齢	歳(入所希望年度4月1日時点)	
			生年月日	20 年 月 日	
生活保護の適用		有・無		児童の障がい者手帳の有無	
				有・無	

①世帯の状況(祖父母、おじ、おばは除く。)

児童の世帯員	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	個人番号(マイナンバー)
		本人	年 月 日	男・女		
		父	年 月 日	男・女		
		母	年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		

②保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由			
父	<input type="checkbox"/> 就労 就労時間 時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 介護等 病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> 求職活動
	勤務先名		<input type="checkbox"/> 疾病・障がい
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	障がい等級 級
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	病名 ()
	育休明け	年 月 日	<input type="checkbox"/> その他
母	<input type="checkbox"/> 就労 就労時間 時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 介護等 病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> 求職活動
	勤務先名		<input type="checkbox"/> 疾病・障がい
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	障がい等級 級
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	病名 ()
	産休明け 育休明け	年 月 日	<input type="checkbox"/> その他
世帯状況	単身赴任・離別・未婚・死別・行方不明・別居(理由:)		
希望する利用時間・曜日	利用時間 時から 時まで	利用曜日 曜日から 曜日まで	備考
通園方法	父・母・祖父・祖母・() 自動車・自転車・徒歩・バス・()		

③アレルギー等

アレルギー	有・無	具体的に
発達に関する心配(病気を含む)	有・無	具体的に

④利用希望期間、希望施設(事業者)名

※希望施設を見学した場合、見学済の欄に○

利用希望期間	20 年 月 1日から 20 年 月末日まで	見学済	市記入欄 (園コード)
希望施設 (事業者) 名	(第1希望)	(理由)	
	(第2希望)	(理由)	
	(第3希望)	(理由)	
	(第4希望)	(理由)	
	(第5希望)	(理由)	
	(第6希望)	(理由)	
	(第7希望)	(理由)	
	(第8希望)	(理由)	
	(第9希望)	(理由)	
	(第10希望 以降)	(理由)	
あっせん(利用調整後、希望園以外の入所状況を御案内します。)の希望		有 ・ 無	

⑤きょうだい同時に申し込む場合の条件

<input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育施設等を希望(空くまで待つ)	<input type="checkbox"/> 同時期であれば別々の保育施設等でもよい
<input type="checkbox"/> ひとりでも先に入所させたい(優先児童)ひとり入所後は、 <input type="checkbox"/> 同じ保育施設等を希望 <input type="checkbox"/> 別々の保育施設等でもよい	

⑥申込児童の現況

申込児童の状況	<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅でみている <input type="checkbox"/> 産休・育休中 <input type="checkbox"/> 父又は母が仕事をしながらみている <input type="checkbox"/> 祖父母がみている <input type="checkbox"/> 一時保育を利用中 <input type="checkbox"/> 認可外施設を利用中 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用中 <input type="checkbox"/> その他 ()
就学前の きょうだいの状況	<input type="checkbox"/> 産休・育休中の場合、 <input type="checkbox"/> 直ちに復職を希望している <input type="checkbox"/> 育児休業の延長も許容できる <input type="checkbox"/> 父又は母が自宅でみている <input type="checkbox"/> 父又は母が仕事をしながらみている <input type="checkbox"/> 祖父母がみている <input type="checkbox"/> (利用施設名) 在園中 <input type="checkbox"/> 一時保育を利用中 <input type="checkbox"/> 認可外施設を利用中 <input type="checkbox"/> その他 ()
入所調整の結果、 待機の場合	<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅でみる <input type="checkbox"/> 育休延長 <input type="checkbox"/> 父又は母が仕事をしながらみる <input type="checkbox"/> 祖父母がみる <input type="checkbox"/> 一時保育を利用予定 <input type="checkbox"/> 認可外施設を利用予定 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用予定 <input type="checkbox"/> その他 ()

⑦祖父母の状況(状況が不明の場合は、職業等の欄に「離別のため不明」や「音信不通」等とご記入ください。)

申込児童の祖父母の氏名	生 年 月 日	住 所	同居・別居等の別	健康状況	職 業 等
父 方	祖父	年 月 日	同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日			
母 方	祖父	年 月 日	同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日			

※以下は記入しないでください。

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
備 考	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
備 考	