

鬼北町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定および施設利用を申請します。
教育・保育認定および保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等の閲覧並びに利用者負担額等について、
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。

提出日		令和		6年		1月		15日				
		申請者(保護者)				申請者(保護者)の配偶者等				☒ 有 ☐ 無		
フリガナ		キホク				チ子				キホクハハ		
氏名		氏鬼				名父				氏鬼母		
個人番号		5555555555				9999999999						
生年月日		☐ 昭和 ☒ 平成△△年西暦△△△△年△△月△△日 〒555-5555性別男女				☐ 昭和 ☒ 平成□□年□□月□□日						
住所		愛媛 ^{〇都〇道} ^{〇府} 北宇和郡鬼北町 ^{〇市〇区} ^{〇府} 大字近永800番地I ^{〇町〇村}				☒ 申請者と同一 ☐ 申請者と異なる				☐ 都 ^{〇道} ☐ 府 ^{〇県}		☐ 市 ^{〇区} ☐ 町 ^{〇村}
本年1月1日時点の住所		☒ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる				☐ 都 ^{〇道} ☐ 府 ^{〇県}				☐ 市 ^{〇区} ☐ 町 ^{〇村}		
前年1月1日時点の住所		☒ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる				☐ 都 ^{〇道} ☐ 府 ^{〇県}				☐ 市 ^{〇区} ☐ 町 ^{〇村}		
申請する児童との続柄		父				申請する児童との続柄				母		
障害者手帳等の有無		☐ 有 ☒ 無				障害者手帳等の有無				☐ 有 ☒ 無		
連絡先		090-111-111				090-222-222						
保育を希望する ※のみ記入する場合		保育を必要とする理由 ☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他				☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他						
		勤務先		鬼北商事(株)				きほく会社				
		通勤時間(往復)		時間30分育児休業の延長希望 ☐ 有 ☒ 無				時間40分育児休業の延長希望 ☐ 有 ☒ 無				
		その他の事由										
		妊娠・出産		出産予定日令和年日月日								
申請児童数		☒ 1人 ☐ 2人 ☐ 3人		市区町村利用欄 ☐ 幼併願		1人目 ☐ 転 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 標 ☐ 短		2人目 ☐ 転 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 標 ☐ 短		3人目 ☐ 転 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 標 ☐ 短		
申請児童 (1人目)		フリガナ		キホクジドウ		性別		☒ 男 ☐ 女		障害者手帳等の有無 ☐ 有 ☒ 無		
		氏名		氏鬼北名児童		アレルギーの有無		☐ 有 ☒ 無		アレルギーの種類		
		個人番号		22222222222222		入所希望年度4月1日時点の年齢(I)歳		保育の希望の有無※ ☒ 有 (幼稚園等のみはレ点不要)				
		生年月日		□平成 ☒ 令和5年8月7日								
		現在の保育状況		☐ 家庭保育 ☐ 仕事先 ☐ 一時預かりを利用 ☐ 幼稚園 ☐ 認可外保育施設 ☐ その他		施設名・預け先						
先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達相談等で、病院や施設に通っていますか		☒ いいえ ☐ はい		病名・障害名		病院・施設名						
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと												
申請児童 (2人目)		フリガナ				性別		☐ 男 ☐ 女		障害者手帳等の有無 ☐ 有 ☐ 無		
		氏名		氏名		アレルギーの有無		☐ 有 ☐ 無		アレルギーの種類		
		個人番号				入所希望年度4月1日時点の年齢()歳		保育の希望の有無※ ☐ 有 (幼稚園等のみはレ点不要)				
		生年月日		□平成□令和年ヶ月日								
		現在の保育状況		☐ 家庭保育 ☐ 仕事先 ☐ 一時預かりを利用 ☐ 幼稚園 ☐ 認可外保育施設 ☐ その他		施設名・預け先						
先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達相談等で、病院や施設に通っていますか		☐ いいえ ☐ はい		病名・障害名		病院・施設名						
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと												
申請児童 (3人目)		フリガナ				性別		☐ 男 ☐ 女		障害者手帳等の有無 ☐ 有 ☐ 無		
		氏名		氏名		アレルギーの有無		☐ 有 ☐ 無		アレルギーの種類		
		個人番号				入所希望年度4月1日時点の年齢()歳		保育の希望の有無※ ☐ 有 (幼稚園等のみはレ点不要)				
		生年月日		□平成□令和年ヶ月日								
		現在の保育状況		☐ 家庭保育 ☐ 仕事先 ☐ 一時預かりを利用 ☐ 幼稚園 ☐ 認可外保育施設 ☐ その他		施設名・預け先						
先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達相談等で、病院や施設に通っていますか		☐ いいえ ☐ はい		病名・障害名		病院・施設名						
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと												

※保護者の労働または疾病等により保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等の併願を含む)にレ点を入れてください。

幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願を除く)は不要です。

◆幼稚園等：幼稚園、認定こども園（教育部分） ◆保育所等：保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事務所内保育

世帯の状況(申請児童及び保護者・配偶者を除く世帯全員※同住所別世帯の者、別居であっても生計が同一の子どもも含む)を記入してください。

↓世帯構成員数	☐ 0人 ☐ 1人 ☐ 2人 ☒ 3人 ☐ 4人 ☐ 5人													
	氏名		申請児童 との続柄	生年月日				勤務先又は学校名 等	同居 別居	別居の場合 居住地の 市区町村	障害者手帳 等の有無	備考		
1	鬼北	姉	姉	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和	元	年	9	月	9	日	鬼北小学校1	☒ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☒ 無	
2				☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	
3				☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	
4				☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	
5				☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	

保 育 を 希 望 す る 場 合	父 方	同居状況等	年齢(入所希望年度 4月1日時点)	※こちらの3項目は 別居の場合のみ ご記入ください。				
		氏名	就労	住所				
	祖父	☐ 同居 ☒ 別居 ☐ 死亡・離別	67	鬼北	祖	☒ 就労 ☐ 無職 ☐ 障害・介護看護等	鬼北町大字近永9999番地	
	祖母	☐ 同居 ☒ 別居 ☐ 死亡・離別	66	鬼北	祖	☐ 就労 ☒ 無職 ☐ 障害・介護看護等	☒ 同上	
	母 方	祖父	☐ 同居 ☒ 別居 ☐ 死亡・離別	60	別居	祖父	☒ 就労 ☐ 無職 ☐ 障害・介護看護等	〇〇県●●市△△123番地
		祖母	☐ 同居 ☒ 別居 ☐ 死亡・離別	59	別居	祖母	☒ 就労 ☐ 無職 ☐ 障害・介護看護等	☒ 同上

家庭の状況	生活保護の 適用有無	☐ 有 ☒ 無	ひとり親 家庭	☐ はい ☒ いいえ	ひとり親 家庭の事由	☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 離婚調停中 ☐ 死別 ☐ 行方不明 ☐ その他	単身 赴任	☐ はい ☒ いいえ	単身赴任者と申請 児童との続柄
-------	---------------	---	------------	--	---------------	--	----------	--	--------------------

保 育 利 用 希 望 等 の	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望											
	1人目	〇〇保育園	認定こども園	認定こども園												
	2人目															
	3人目															
利用を 希望する期間		令和	7	年	4	月	1	日	～	☐ 小学校就学前まで ☐ 年月指定	令和		年		月	末まで
保 育 を 希 望 す る 場 合	利用を希望する 時間	時	☐ 07 ☒ 08 ☐ 09	分	☒ 00 ☐ 15 ☐ 30 ☐ 45	～	時	☐ 16 ☒ 17 ☐ 18	分	☐ 00 ☐ 15 ☒ 30 ☐ 45						
	保育を希望する 時間	☒ 標準時間 ☐ 短時間														
	入所調整時の希望 条件	☐ 希望施設に空きが出るまで待つ ☒ 希望施設以外に入所・入園できる施設があれば利用したい														
	兄弟姉妹同時申込 時の希望条件 (該当者のみ記入)	☐ 同時に同じ保育施設への入所のみを希望(同時に同じ施設に入れない場合は、待機となる場合があります) ☐ 同時に入所でできれば、別々の保育施設でもよい(同時に入れない場合は、待機となる場合があります)														
		☐ ひとりでも先に 入所させたい	施設 順番	☐ 兄弟姉妹同じ保育施設を希望 ☐ 別々の保育施設になってもよい ☐ どの申請児童が先でもよい ☐ 1人目児童優先 ☐ 2人目児童優先 ☐ 3人目児童優先												

☒ 希望する	支給認定証の交付を希望される方はレ点を入れてください。 (支給認定証は、退所時や認定変更時に返却しなければならない書類です。交付希望されない場合は、返却が不要 な、教育・保育給付認定決定通知書にて認定内容を知ることができます。)
--	--

市町使用欄				宛名番号													
施設・窓口		受付者		連絡先		備考											