

## 教育・保育給付認定申請書兼入所申込書

加西市長様

以下のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定申請及び特定教育・保育施設等への入所を申込みます。  
市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報等を閲覧すること（マイナンバー制度による情報連携を含む。）や、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。

年 月 日 保護者(署名)

児童	ふりがな	生年月日		年齢	性別	障がいの有無
	氏名	年 月 日		(2023.4.1現在) 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳等取得している場合は写しを添付
世帯の状況 (申込児童を除く)	父	ふりがな	年 月 日生		TEL:	- -
	氏名	児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: ) <input type="checkbox"/> 就労 (勤務先: ) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	2022年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 加西市 <input type="checkbox"/> 市外(裏面住所欄記載)			2023年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 加西市 <input type="checkbox"/> 市外(裏面住所欄記載)		
	母	ふりがな	年 月 日生		TEL:	- -
氏名	児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: ) <input type="checkbox"/> 就労 (勤務先: ) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (予定日: 年 月 日)					
2022年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 加西市 <input type="checkbox"/> 市外(裏面住所欄記載)			2023年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 加西市 <input type="checkbox"/> 市外(裏面住所欄記載)			
世帯員① 世帯員② 世帯員③	続柄	氏名	生年月日		勤務先・学校(園)名	
			年 月 日			
			年 月 日			
世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ( <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 ) ※取得されている児童扶養手当証書、遺族年金証書等の写しを添付					
	<input type="checkbox"/> 同居親族に障がい者がいる世帯 ※取得されている障害者手帳、療育手帳、特別児童扶養手当証書等の写しを添付					
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯						
<input type="checkbox"/> 上記以外						

利用の希望	期間	年 月 1日 ~		年 月 末日 /		小学校就学前	まで
	施設	第1希望	<input type="checkbox"/> 加西市内 <input type="checkbox"/> 市外 ( 市 )	<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 保育	【施設名】		(希望理由)
		第2希望	<input type="checkbox"/> 加西市内 <input type="checkbox"/> 市外 ( 市 )	<input type="checkbox"/> 保育	【施設名】		(希望理由)
		第3希望	<input type="checkbox"/> 加西市内 <input type="checkbox"/> 市外 ( 市 )	<input type="checkbox"/> 保育	【施設名】		(希望理由)
曜日時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土			時 分 ~		時 分	

現在入所中の施設	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
一時預かりの利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
育児休業について ※該当者のみ記入してください	<input type="checkbox"/> 延長可能 ※「延長可能」にチェックした場合、選考順位が下がります。 <input type="checkbox"/> 延長・短縮不可(就労証明書の復職(予定)日に復職希望) <input type="checkbox"/> 短縮希望(入所でき次第、復職希望)

● 世帯全員の方のマイナンバー（社会保障・税番号制度に基づく個人番号）をご記入ください。

児童	マイナンバー	世帯員①	マイナンバー
父	マイナンバー	世帯員②	マイナンバー
母	マイナンバー	世帯員③	マイナンバー

● 児童の状況

目は	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> めがね使用 <input type="checkbox"/> 不明
耳は	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 不明
言葉は	<input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> あまりしゃべらない <input type="checkbox"/> 不明
ひきつけ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度： )
薬の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名： )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(種類： )
乳幼児健診の受診状況	<input type="checkbox"/> 2か月児健診 <input type="checkbox"/> 4か月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 2歳児食と歯の教室 <input type="checkbox"/> 3歳児健診
健診時に医師等から指摘された事項はありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容( )
今までに大きな病気にかかりましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名等： )
その他、健康状態や癖などで、気になることがあれば記入してください。	

※他市町村で健診を受診された方は、受診された健診と最も時期に近い健診にチェックしてください。

● 2022年 / 2023年1月1日の住所 が加西市外の場合は記入してください。

父	2022年1月1日の住所	( )
	2023年1月1日の住所	( )
母	2022年1月1日の住所	( )
	2023年1月1日の住所	( )

● 兄弟姉妹が同時に利用申込する場合、(1)・(2)それぞれについて、該当するもの1つにチェックしてください。

(1) 希望順位の高い保育施設・事業所（以下「施設」という。）にいずれかの児童しか利用できない場合
<input type="checkbox"/> 希望順位が低い施設でも、 <b>同じ施設</b> を利用することを優先する
<input type="checkbox"/> <b>別の施設</b> でもそれぞれ希望順位の高い施設の順番で利用を希望する。
(2) きょうだいいずれかの児童のみ施設を利用できる場合
<input type="checkbox"/> 利用できる児童のみ先に入園する。 <input type="checkbox"/> (児童名： )の利用が可能な場合のみ利用希望する。
<input type="checkbox"/> 同時に施設を利用できるまで待つ →( <input type="checkbox"/> 同じ施設での利用のみ希望 <input type="checkbox"/> 別の施設の利用でも可 )

● 未提出書類

未提出書類	父	<input type="checkbox"/> 勤務証明書 <input type="checkbox"/> 診断書・手帳等の写し <input type="checkbox"/> 学生証・在学証明書等 <input type="checkbox"/> 開業届 <input type="checkbox"/> 罹災証明 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 給与明細書等の写し <input type="checkbox"/> 事業専従者とわかる書類(確定申告の収支内訳書など) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	母	<input type="checkbox"/> 勤務証明書 <input type="checkbox"/> 診断書・手帳等の写し <input type="checkbox"/> 学生証・在学証明書等 <input type="checkbox"/> 開業届 <input type="checkbox"/> 罹災証明 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 給与明細書等の写し <input type="checkbox"/> 事業専従者とわかる書類(確定申告の収支内訳書など) <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し(表紙と分娩予定日の記載がある頁) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	その他	( )
	申請時に特別な理由により未提出の上記書類は、 年 月 日 までに必ず提出します。 正当な理由なく期限までに書類を提出しなかった場合には、本申請が取下げとなることに承諾します。 年 月 日 保護者(署名)	