支給認定申請書兼保育所入所申込書　（２号、３号認定用）

第　　　　号

　　年　　月　　日

（宛先）富良野市教育委員会

私は、子ども・子育て支援法第19条第1項第2号又は第3号に掲げる小学校就学前子どもの保護者として、以下の事項に同意の上、支給認定を次のとおり申請します。

併せて、児童福祉法第24条第3項に基づく利用に係る調整及び要請ならびに保育所における保育（保育所入所希望に限る。）を申し込みます。

①利用者負担額決定に際し、世帯員及び扶養義務者に関して、市町村民税課税状況や住民基本台帳等必要な公簿の照

会・調査を行うこと。また、その情報に基づき決定した利用者負担額を施設に対して提示することがあります。

②この申請内容で、利用調整及び保育にあたり必要と認められる情報を関係機関に提供することがあります。

③申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

(〒　　　－　　　　)

保護者 　　住所 富良野市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話

（申請者） （ふりがな）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所児童 | （ふりがな）  氏　　　名 | | | 続柄 | 年齢 | 生　年　月　日 | | 性別 | 障害者  手帳等 | 個　人　番　号 |
|  | | |  |  | 年　月　日生 | | 男・女 | □有 |  |
| 保育の希望の有無 | 有 | 【第２号認定（３歳以上）・第３号認定（３歳未満）】  保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 | | | | | | | | |
| 右太枠内に入所希望の順番を数字で記入してください。 |  | 虹いろ保育所　　　　　 （希望理由） | | | | | | | | |
|  | きらきら保育園　　　　　 （希望理由） | | | | | | | | |
|  | ピッコロガーデン　　　　 （希望理由） | | | | | | | | |
|  | みらい保育園　　　　　　 （希望理由） | | | | | | | | |
|  | へき地　【山部保育所、東山保育所、あおぞら保育所】　その他（　　　　　　　　　）  ※いずれかに○ | | | | | | | | |
| 保育を希望する期間 | | 年　　月　 日　から　　　　　年　 月 　　日まで | | | | | | | | |
| 保育を希望する  曜日・時間 | | 利　用　曜　日 | | | | | 利　用　時　間 | | | |
| 曜日から　　曜日まで | | | | | 時　分　　から　　時　分　まで | | | |
| 保育を必要とする理由 | 父親〔  〕 | | **①就労 ②疾病・障害 ③出産 ④介護 ⑤就学 ⑥災害 ⑦求職 ⑧その他**  ※〔　〕内に　①～⑧　の該当する番号を記入してください。 | | | | | | | |
| 母親〔  〕 | |
| 支給認定証の交付希望 | | | 有□　　　無□ | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所児童と同居の世帯員 |  | 続柄 | 年齢 | 生年月日 | 性別 | 職　　　業  幼・保・学校名 | 市民税  課税状況 | 要介護  認 定  ・  障害者  手帳等 | 個人番号 |
|  |  |  | S H　R | 男・女 |  | 有・無 | □有 |  |
|  |  |  | S H　R | 男・女 |  | 有・無 | □有 |  |
|  |  |  | S H　R | 男・女 |  | 有・無 | □有 |  |
|  |  |  | S H　R | 男・女 |  | 有・無 | □有 |  |
|  |  |  | S H　R | 男・女 |  | 有・無 | □有 |  |
|  |  |  | S H　R | 男・女 |  | 有・無 | □有 |  |
| 生活保護の状況 | | | 適用なし ・ 適用あり　(　　　年　　月　　日 保護開始：担当者 　 　) | | | | | | |
| ひとり親家庭の状況 | | | □離婚（　　　年　　　月）　　　　□未婚  □別居（　　 年　　月 頃から【　調定：有・無　　　証明書：有・無　】） | | | | | | |

**■**入所児童の家庭の状況

**※保育所に入所できた場合については、他の保育所への入所調整は行いませんのでご留意ください。**

**保育を必要とする理由書**

**次のとおり保育の実施を必要とする理由を報告します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | **父　親**　(別居の場合児童の面倒を見ている者) | | | | | | **母　親** 　(別居の場合児童の面倒を見ている者) | | |
| 氏　名 | |  | | | | 氏　名 | |  |
| 就労 | | 形態 | | □常勤　　□非常勤　　□自営 | | | | 形態 | | □常勤　　□非常勤　　□自営 |
| 場所 | | □自宅　　□自宅外 | | | | 場所 | | □自宅　　□自宅外 |
| １日の  勤務時間 | | 月～金　　　　時　　　分～　　　時　　　分  土　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分  日　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分  １ヵ月あたり　　　　　　　時間 | | | | １日の  勤務時間 | | 月～金　　　　時　　　分～　　　時　　　分  土　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分  日　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分  １ヵ月あたり　　　　　　　時間 |
| 特記 | | | | | | 特記 | | |
| 求職 | | □求職中  □起業の  準備中 | | 具体的な内容  □ハローワークに登録済み  □保育所入所後に求職活動予定  □その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | □求職中  □起業の  準備中 | | 具体的な内容  □ハローワークに登録済み  □保育所入所後に求職活動予定  □その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 疾病  障害 | | 診断名  入院期間　　　年　　月～　　年　　月  通　　院　　１週間に　　回  　　　　　（１回の診察時間　平均　　　時間） | | | | | | 診断名  入院期間　　　年　　月～　　年　　月  通　　院　　１週間に　　回  　　　　　（１回の診察時間　平均　　　時間） | | |
| □身障　　（　　　級）　　　□療育（A・B）  □精神保健（　　　級） | | | | | | □身障　　（　　　級）　　　□療育（A・B）  □精神保健（　　　級） | | |
| 介護 | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄  事由　　（ 入院 ・ 通院 ）  期間　　　　年　　　月～　　　年　　　　月まで  付添　　１週間に　　　　回（１回平均　　　　時間） | | | | | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄  事由　　（ 入院 ・ 通院 ）  期間　　　　年　　　月～　　　年　　　　月まで  付添　　１週間に　　　　回（１回平均　　　　時間） | | |
| 妊娠  出産 | | 出産予定日　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　母子健康手帳№  出産後の予定（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（出産予定日のページの写しを添付） | | | | | | | | |
| 就学 | | 学校名  所在  就学の内容 | | | | | | 学校名  所在  就学の内容 | | |
| その他の状況 | |  | | | | | |  | | |
| 同居をしていない祖父母の状況 | | | | | | | | | | |
|  | | | 氏名 | | 年齢 | 就労 | 疾病 | | 住所等 | |
| 父方 | 祖父 | |  | |  | 有・無 | 有・無 | |  | |
| 祖母 | |  | |  | 有・無 | 有・無 | |  | |
| 母方 | 祖父 | |  | |  | 有・無 | 有・無 | |  | |
| 祖母 | |  | |  | 有・無 | 有・無 | |  | |