

教育・保育給付認定申請書兼利用申込書兼保育児童台帳

年 月 日

(宛先)

寄居町長  
(施設長)

受付印

施設型給付費・地域型保育給付費に係る  
教育・保育給付認定を次のとおり申し込みます。

保護者住所	寄居町大字	
前年1月1日 現在の住所	異動年月日	
	.	
保護者氏名		
電話番号	自宅	( ) -
	携帯	( ) -
	携帯	( ) -

申請(利用) 児童	ふりがな			生年月日	性別	年齢 (4/1時点)	第3子以後 無料化	障害者手帳
	氏名			.	男・女		有・無	有・無
	個人番号	別頁記入				歳		
利用を 希望する 施設 (事業所) 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)						
利用を希望する期間		年 月 日 から		年 月 日 まで		・ 就学前まで		
保育の希望 の有無	有 : 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(幼稚園等と併願の場合を含む)							
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)							
認定証番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。							

○申請(利用)児童の世帯の状況 (住民票の世帯によらず、同居者は全員記載してください)

区分	児童との続柄	氏名	生年月日	職業・学校名等	同居・別居	障害者手帳 等の有無※	備考
		個人番号					
申請(利用)児童の世帯員	父		.			有・無	
		別頁記入					
	母		.			有・無	
		別頁記入					
			.			有・無	
		別頁記入					
			.			有・無	
	別頁記入						
母子・父子家庭について (死亡・離婚・未婚・失踪・その他)			児童扶養手当の受給 有・無				
障害者手帳等の有無※①～⑤は手帳等のコピーを添付すること。 ①身体障害者福祉法に定める身体障害者手帳②埼玉県療育手帳制度要綱に定める療育手帳③精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に定める精神障害者保健福祉手帳 ④特別児童扶養手当の支給対象児 ⑤国民年金の障害基礎年金等の受給者 ⑥要保護および準要保護児童生徒就学援助費補助⑦国民年金保険料の免除⑧国民健康保険料の減免又は徴収猶予 等							
生活保護の状況			適用なし 適用あり ( 年 月 日保護開始)				

○税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること及び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
--

## 保育所へ申し込みできる方（利用基準）

保育の必要性の認定を受ける場合は、保護者のいずれも（両親と別居している場合には児童の面倒を見ている者）が、次のいずれかの事情にある場合です。

- (1) 就労等（家庭外労働）児童の保護者が家庭の外で仕事をするのが普通なので、その児童の保育ができない場合  
（家庭内労働）児童の保護者が家庭で児童と離れて日常の家事以外の仕事をするのが普通なので、その児童の保育ができない場合
- (2) 妊娠・出産 児童の保護者が出産の前後のため、その児童の保育ができない場合
- (3) 疾病・障害 児童の保護者が病気、負傷、心身に障害があるため、その児童の保育ができない場合
- (4) 介護等 児童の家庭に介護が必要な高齢者や、長期にわたる病人、心身に障害のある人、小児慢性疾患に伴う看護が必要な兄弟姉妹がおり、保護者がいつもその同居又は長期入院・利用している親族の介護・看護にあっているため、その児童の保育ができない場合
- (5) 災害復旧 震災、風水害、火災その他の災害の復旧に当たっているため、その児童の保育ができない場合
- (6) 求職活動 児童の親が求職活動（起業準備を含む）を行っているため、その児童の保育ができない場合
- (7) 就学 児童の親が就学（職業訓練校等における職業訓練を含む）のため、その児童の保育ができない場合
- (8) その他 育児休業期間中、児童虐待のおそれ、配偶者等からの暴力等の理由のため、その児童の保育ができない場合

**【優先保育の基準】** 保育を必要とする子どものうち優先的に保育を行う必要があると認められる者は、保育を必要とする子どもが次の号のいずれかの事由に該当する方です。

- (1) 母子及び父子並びに寡婦福祉法（昭和39年法律第129号）第6条第1項及び第2項に規定する配偶者のいない女子及び配偶者のいない男子の世帯に属していること。
- (2) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定に基づく生活扶助を受けている世帯のうち、保護者の就労により自立が見込まれる世帯に属していること。
- (3) 世帯の生計を維持するために就労していた保護者が失業し、当該保護者又はその他の保護者が速やかに就労することが必要な世帯に属していること。
- (4) 児童虐待の防止等に関する法律（平成12年法律第82号）第2条に規定する児童虐待を受けている又は受けるおそれのある状態その他社会的擁護が必要な状態にあること。
- (5) 障害を有していること。
- (6) 保護者が育児休業後に復職し、又は復職する予定であること。
- (7) 保育を受けようとする保育所等で兄弟姉妹が現に保育を受け、又は受けようとする保育所等と同一であること。
- (8) 地域型保育事業（法第7条第5項に規定する地域型保育事業という。）による保育を受けていたこと。
- (9) 前各号に掲げる事由に類すると町長が認める状態にあること。



○保育の利用を必要とする理由等（「保育の希望の有無」欄で有に○を付けた方は記入してください。）

続柄	必要とする理由		備考
父親の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)		
	勤務形態 常勤・パート・臨時・自営業・内職                      時   分から                      時   分・                      日/月		
母親の状況	<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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)		
	勤務形態 常勤・パート・臨時・自営業・内職                      時   分から                      時   分・                      日/月		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭                      ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時   分から                      時   分まで

○祖父母の状況

父方		母方	
【祖父】	住所 _____	【祖父】	住所 _____
<input type="checkbox"/> 同居	氏名 _____	<input type="checkbox"/> 同居	氏名 _____
	生年月日 _____ 年   月   日生		生年月日 _____ 年   月   日生
<input type="checkbox"/> 別居	職業 有( _____ )・無	<input type="checkbox"/> 別居	職業 有( _____ )・無
	電話番号 _____		電話番号 _____
	健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)		健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)
【祖母】	住所 _____	【祖母】	住所 _____
<input type="checkbox"/> 同居	氏名 _____	<input type="checkbox"/> 同居	氏名 _____
	生年月日 _____ 年   月   日生		生年月日 _____ 年   月   日生
<input type="checkbox"/> 別居	職業 有( _____ )・無	<input type="checkbox"/> 別居	職業 有( _____ )・無
	電話番号 _____		電話番号 _____
	健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)		健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)

\*町記載欄

認定の可否	認定証番号	認定区分等
可・否(理由 _____ ) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して寄居町に提出する場合)

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)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定( _____ 年 月 日))・無
備考	