

整理番号	—
施設名	保育園

小千谷市教育委員会 あて 令和 年 月 日

(保護者) 氏 名

電話番号 ()

なお、施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定、利用者負担額決定等のため、記載されている者の住民基本台帳及び課税状況に関する調査を行うこと、また、その決定した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。

申 請 児 童	氏 名				生年月日 ※年齢は R9.4.1 現在								性別	
	(フリガナ)				年 月 日 歳								男・女	
	個人番号													
保育の希望の有無	☐ 有	保護者の就労又は疾病等の理由により、保育園、認定こども園（保育園機能）、地域型保育において保育の利用を希望する場合												
		☐ 保育標準時間希望（勤務時間等により保育短時間認定を受ける場合があります） ☐ 保育短時間希望（求職活動は原則として保育短時間認定となります）												
	☐ 無	認定こども園（幼稚園機能）、幼稚園の利用を希望する場合												

ひとり親世帯等の適用の有無				無 ・ 有											
障がい児（者）と同居の有無				無 ・ 有（対象者氏名： 障がい名： ）											
生活保護の適用の有無				無 ・ 有（ 年 月 日保護開始）											
区分	児童との続柄	氏 名				生 年 月 日				勤務先名又は 学校名（学年）等				備考	
同居の家族	父					年 月 日									
		個人番号													
	母					年 月 日									
		個人番号													
						年 月 日									
						年 月 日									
						年 月 日									
						年 月 日									
						年 月 日									

②利用を希望する期間、施設等

利 用 を 希 望 す る 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
利用を希望する 施 設 の 名 称	第 1 希 望 (希望理由)
	第 2 希 望 (希望理由)
※上記に <u>市立のみ記載</u> された方（小千谷小学校区の方、 第 3 希望が私立の方 ） 定員を超える申込の場合に入園調整を行います。私立園も記入してください。 私立希望園 (希望理由)	

保育の利用を希望する場合は、③についても記入してください。

③保育の利用を必要とする理由等

理由	父親	母親
就労	☐ 就労	☐ 就労
妊娠・出産		☐ 出産（予定日令和 年 月 日）
疾病・負傷	疾病名（ ） ☐ 入院 年 月 日～ ☐ 通院（週 日） ☐ 自宅療養	疾病名（ ） ☐ 入院 年 月 日～ ☐ 通院（週 日） ☐ 自宅療養
障がい	手帳 ☐ 無 ☐ 有（内容： ）	手帳 ☐ 無 ☐ 有（内容： ）
介護・看護	被介護（看護）者 氏名： 要介護度・手帳等級等 （ ）	被介護（看護）者 氏名： 要介護度・手帳等級等 （ ）
災害復旧	☐ 災害復旧	☐ 災害復旧
就学	☐ 就学（学校名： ）	☐ 就学（学校名： ）
求職活動	☐ 求職活動	☐ 求職活動
育休	☐ 育休（令和 年 月 日まで）	☐ 育休（令和 年 月 日まで）

※小千谷市記載欄（以下は記入する必要ありません）

認定の可否		認定者番号	認定区分等
可 ・ 否	令和 年 月 日認定 (否とする理由)		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給(入所)の可否			支給(利用)期間
可 ・ 否	[□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型] (否とする理由)	自	年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名			
☐ 認定こども(☐ 連 ☐ 幼(☐ 幼 ☐ 保) ☐ 保(☐ 保 ☐ 幼) ☐ 地(☐ 幼 ☐ 保) ☐ 幼稚園 ☐ 保育園 ☐ 地域型(☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事)			

番号 確認	個 通 住写 住証 他 ()	本人 確認	1 点	個 運 パ 身 精 療 在 特 他 ()
			2 点	国 健 船 後 介 年 金 児 扶 特 児 他 ()
			4 点	本人しか持ち得ない書類 ・ ・ ・ ・