様式第２号（第３条関係）

教育・保育給付認

① きょうだいや本人が既に入所している場合は、認定済の保護者。
② 新規入所の場合は、児童手当の受給者。
※単身赴任等により市外で受給している場合は、宇城市在住の保護者。

年　　月　　日

宇城市長（宇城市福祉事務所長）　様

保護者氏名　宇城　一郎　印

※児童手当受給者。自署の場合は押印不要。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定申請及び入所申込みをいたします。

	ふりがな 氏名	生年月日 ※年齢は R9.4.1 現在	認定証番号 ※既に認定済の場合
申請児童	宇城（うき）　太郎（たろう）	令和８年 ４ 月 ２ 日 （ ０歳児）	

保護者 住所・連絡先	宇城市 松橋町大野８５番地	自宅電話番号	0964-00-0000
	※令和８年１月１日現在の住所 □宇城市内　☑宇城市外（ ○○市 ）	母携帯	000-0000-0000

宇城市外にお住まいだった場合は、市町村名を記入してください。

きょうだい 同時申込者 （該当に○）	1　１人だけが入所できる場合も入所する。 2　同時に同じ保育所に入所できる場合のみ入所する。 3　別々の保育所でも同時に入所できる場合は入所する。ただし、１人だけ入所できる場合は入所しない。

1　世帯の状況

※申請児童は記入不要。

同居のご家族を全員記入してください。
世帯分離をしている場合も記入が必要です。
※二世帯住宅の場合は「別居」扱いとなり、記入不要です。

区分	ふりがな 氏名				勤務先又は学校名等
児童の世帯員（同居人）	宇城（うき）　一郎（いちろう）	父	平成７年 ３月 １日	34 歳	株式会社○○
	宇城（うき）　花子（はなこ）	母	平成７年 ４月 ３日	33 歳	有限会社○○
	宇城（うき）　桃子（ももこ）	姉	令和４年 ５月 ５日	４ 歳	○○保育園
	宇城（うき）　一男（かずお）	祖父	昭和39年 ６月 ７日	62 歳	農業
	宇城（うき）　梅子（うめこ）	祖母	昭和39年 ７月 ９日	62 歳	農業

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方、特別児童扶養手当の支給対象児童、障害基礎年金の受給者が対象となります。

ひとり親世帯等の適用の有無	☑無　・　□有（□ひとり親世帯　□在宅障がい児(者)のいる世帯）
生活保護の適用の有無	☑無　・　□有（　　年　　月　　日保護開始）

2　利用を希望する期間・施設（事業者）名等

利用を希望する期間	令和９ 年　４ 月　１ 日　～　令和14 年　３ 月　31日
利用を希望する施設（事業者）名	第１希望：　○○保育園　（希望理由）自宅から近いため
	第２希望：　□□保育園　（希望理由）通勤途中のため
	上記希望施設に入所できなかった場合に紹介を希望する施設（　△△保育園　）
希望する保育時間	☑標準時間（理由：　通勤に時間がかかるため　）　□短時間

※下記の欄は記載不要です。

父母の１か月合計勤務時間が 120 時間未満の場合、原則「短時間保育」となります。
標準時間保育を希望する場合は、必ず理由を記入してください。

4 月～8 月 （前年度課税状況）	所得割	均等割				
	円	円				
9 月～3 月 （当年度課税状況）	所得割	均等割	階層	区分	保育料	確認者
	円	円		全額・半額・無料	円	

3　保育の利用を必要とする理由等

該当するものにチェックをつけてください。
※育休復帰される場合は「就労」扱いです。

続柄	理由	状況 （勤務先・勤務時間や疾病の状況等）
父	☑就労　☐妊娠出産　☐疾病・障がい ☐介護等　☐災害復旧　☐求職活動　☐就学 ☐虐待・DV　☐育児休業　☐その他	株式会社〇〇 １日 7.5 時間勤務（月 20 日）
母	☑就労　☐妊娠出産　☐疾病・障がい ☐介護等　☐災害復旧　☐求職活動　☐就学 ☐虐待・DV　☐育児休業　☐その他	有限会社〇〇 １日５時間勤務（月 20 日）

4　祖父母の状況

※65 歳未満の祖父母が同居している場合は、祖父母についても雇用証明書等の提出が必要です。
※申請児童と祖父母の住所が同一で、別の建物に居住している場合や二世帯住宅の場合は、欄外にその旨メモしてください。

		居住区別	氏名	年齢	住所(同居の場合は記入不要)	職業
父方	祖父	同居・別居	宇城　一男	62 歳		農業
	祖母	同居・別居	宇城　梅子	62 歳		農業
母方	祖父	同居・別居	死別			
	祖母	同居・別居	三角　百合子	61 歳	宇城市三角町〇〇	パート

5　申請児童の情報

障害者手帳の情報	☑無　☐有（ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 ）
アレルギー情報	☐無　☑有（　乳製品　） 症状の程度（　軽度　）
その他児童の健康状態 ※該当する場合に記入	☐アトピー　☐ぜんそく　☑その他（　特になし　） 主な症状（
健診での指導事項	☑無　☐有（
通院・入院の有無	【通院】☑無　☐有：既往・通院中（
	【入院】☑無　☐有（　）
子育て関係機関への相談	☑無　☐有（ こどもセンター・子育て相談センター・保健センター・児童相談所・その他 ） 相談内容（　）
現在の保育状況	☑母（ 産休育休 ・求職中・その他 ）　☐父（ 育休・求職中・その他 ） ☐祖父母（ 父方・母方 ）　☐施設（　）

こちらに記入された内容は、入所決定時に入所する保育所等へお知らせします。
お子様についてご不安な点があれば記入してください。

現在、保育所や託児所等を利用している場合は、こちらに施設名を記入してください。

6　個人情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な本表及び添付書類の情報（同一世帯を含む。）及び世帯情報を閲覧すること並びに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。

適正な保育利用のため、関連機関や他市区町村から資料等の取得や、必要な範囲内で申請書に記載された内容を関連機関や利用希望施設へ情報提供することに同意します。

また、教育・保育給付認定申請の結果については、入所が決まった時点で入所承諾通知書又は利用契約決定通知書と併せて送付することに同意します。

保護者氏名　　宇城　一郎　　印

※児童手当受給者。自署の場合は押印不要。