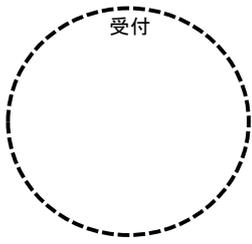


子どものための教育・保育給付認定申請書（1号用）

兼特定教育・保育施設等利用申込書 《令和6年度版》



長浜市長
長浜市教育委員会教育長 あて

この申請書の裏面8の事項に同意し、ガイドブックの内容を理解したうえで、次のとおり子どものための教育・保育給付認定の申請および特定教育・保育施設等の利用申込みをします。

1 申請期間・申込施設		令和 年 月 日
認定希望期間	令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
利用希望施設	※公立園は園区の園名を、私立園は利用を希望する園名を記入してください。	

2 申請児童			
フリガナ	性別	生年月日	令和6年4月1日時点の年齢
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	歳児
現在の認定区分	<input type="checkbox"/> 教育・保育給付認定を受けていない <input type="checkbox"/> 1号認定（幼稚園・認定こども園短時部）を受けている <input type="checkbox"/> 2・3号認定（保育所・認定こども園長時部）を受けている		

3 申請者（保護者）			
現住所	〒	転入・転居先	令和 年 月 日 予定 長浜市
フリガナ	氏名	連絡先	1 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 2 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 3 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯
（自署の場合は押印不要）			

4 世帯状況 ※申請児童を除き、同住所地の方すべてを記入してください。
※令和5年1月1日時点の住所が長浜市外に該当する方がおられる場合は、別紙「個人番号申告書」を添付してください。

フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日・年齢 ※年齢は令和6年4月1日時点	令和5年1月1日 時点の住所	勤務先・学校・園等	同居・別居
	父	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 長浜市 <input type="checkbox"/> 長浜市外		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	母	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 長浜市 <input type="checkbox"/> 長浜市外		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 長浜市 <input type="checkbox"/> 長浜市外		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 長浜市 <input type="checkbox"/> 長浜市外		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 長浜市 <input type="checkbox"/> 長浜市外		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 長浜市 <input type="checkbox"/> 長浜市外		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 長浜市 <input type="checkbox"/> 長浜市外		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
家庭状況 ※該当する場合は記入	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 (年 月 日開始) <input type="checkbox"/> 申請中			
	ひとり親家庭	児童扶養手当受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	事由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	障害者手帳等の所持 (申請児童を含む)	手帳等の種類 (写しを提出してください) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金 級			

<裏面も必ず記入してください。>

5 申請児童の現在の保育状況

<input type="checkbox"/> 自宅保育	保育者	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 自宅外保育	利用施設・事業等		施設名等	
	<input type="checkbox"/> 保育所・認定こども園 (長時部)			
	<input type="checkbox"/> 幼稚園・認定こども園 (短時部)			
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設			
	<input type="checkbox"/> 一時預かり			
	<input type="checkbox"/> その他			

6 申請児童の健康状態等 ※正確に記入してください。

傷病・定期的な通院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	通院頻度	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週に () 回程度	
		傷病名		
看護師の配置	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要→別途「医療的ケア実施依頼書」を提出			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()			
乳幼児健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診→ <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳8か月 <input type="checkbox"/> 2歳8か月 <input type="checkbox"/> 3歳8か月			
健診時の指導・アドバイス事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容 ()			
発達についての相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 健康推進課 <input type="checkbox"/> 発達支援室 <input type="checkbox"/> その他 ()			
療育施設への通園	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 浜の子園 <input type="checkbox"/> わかば園 <input type="checkbox"/> いちご園 <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他特記事項 (施設に伝えるべき事項等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容 ()			

7 その他

外国籍児童にかかる日本語の会話・理解等 ※該当する場合は記入	母国語	<input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	父	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない→通訳方法 ()		
	母	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない→通訳方法 ()		
	児童	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない→通訳方法 ()		
その他特記事項				

8 同意事項 ※すべての項目にチェックをしてください。チェックがない場合は受付できません。

認定審査および利用負担額の算定等のため、児童および世帯員に係る必要な個人情報を市が閲覧・取得することがあります。

乳幼児健診や発達相談等の保育の提供に必要なと認められる情報について、関係機関に提供を求めることがあります。

この申請書に記載の内容および利用者負担額等に関する情報を利用施設または利用希望施設に提供することがあります。

申請内容と事実に相違がある場合、教育・保育給付認定および利用決定を取り消すことがあります。

申請内容に変更が生じた場合は速やかに届出をしてください。速やかに届出がなかった場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

利用者負担額等の滞納があった場合、財産、滞納状況等について市が官公庁および関係機関に調査および差押え等を行うことがあります。

審査等に時間を要するため、利用月の前月まで支給認定証の交付が遅れることがあります。

市・施設記入欄

受付	AD II 入力	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日