

① 教育・保育給付認定（変更）申請書

職員記入 新規・期限切れ・継続

(宛先) 茅ヶ崎市長/茅ヶ崎市福祉事務所長

申請日	年 月 日
-----	-------

【確認事項】下記のことと同意し、教育・保育給付認定を申請します。

- 教育・保育給付認定に際しては、子ども・子育て支援法第16条に基づき認定及び保育料算定等の子ども・子育て支援法による給付に関する事務を行うため、記載したマイナンバーを関係機関との情報連携等に使用することに同意します。また、税情報（全部又は一部）の取得が出来なかった場合は、市区町村民税課税証明書の提出が必要となります。
- 申請書に記載した事項については、認定、給付費の徴収に関する情報、利用調整、教育・保育の運営に必要なと認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。
- 必要書類の提出等（取り下げ・内定辞退等含む）により認定区分または認定要件等の変更が確認された場合は、本申請書をもって保育課が変更することに同意します。

申請子ども	フリガナ			生年月日	令和7年4月1日時点の年齢		令和8年4月1日時点の年齢		障害者手帳	
	氏名			年 月 日	歳児クラス		歳児クラス		<input type="checkbox"/> 有 コピー添付	
現住所	〒 -									
希望する認定区分等	幼稚園等	<input type="checkbox"/> 1号	→ 教育標準時間（4時間）		申請子どもが利用中の施設がある場合	幼稚園				
	保育所等	<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間）	認定こども園（1号）		企業主導型保育施設				
		<input type="checkbox"/> 3号		<input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）		市外の認可保育所等				
認定希望期間	年 月 日 から ※認可保育所等の入園を希望する場合は裏面の利用希望期間も同じように記入してください									

茅ヶ崎市保育課からの通知等は、原則「申請保護者」欄に記載された保護者（給付認定保護者）宛てに送付します。また申請内容等に変更が生じた場合は、給付認定保護者による手続きが必要です。今回の申請子どももやきょうだい児について既に認定を受けている場合は、「申請保護者」欄に同じ保護者を記入してください。

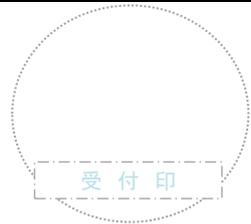
申請保護者	フリガナ			続柄	障害手帳	現住所	<input type="checkbox"/> 申請子どもと同じ（別居の場合は下記に住所を記入）			
	氏名				<input type="checkbox"/> 有	令和7年1月1日の住民登録地	<input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/>	(市・区・町・村)	
	生年月日	年 月 日	電話番号			令和8年1月1日の住民登録地	<input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/>	(市・区・町・村)	
	保育の必要性	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練の受講 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産								
	ひとり親	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯に準ずる世帯（離婚調停中等） ※書類⑬の提出必須 かつ 下記「配偶者・パートナー」欄記入不要								
配偶者・パートナー	フリガナ			続柄	障害手帳	現住所	<input type="checkbox"/> 申請子どもと同じ（別居の場合は下記に住所を記入）			
	氏名				<input type="checkbox"/> 有	令和7年1月1日の住民登録地	<input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/>	(市・区・町・村)	
	生年月日	年 月 日	電話番号			令和8年1月1日の住民登録地	<input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/>	(市・区・町・村)	
	保育の必要性	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練の受講 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産								

フリガナ	氏名	続柄	生年月日	所属先 (保育園・幼稚園・学校等)	障害者手帳 コピー添付	別居	別居の場合の住所
		きょうだい	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 別居	
		きょうだい	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 別居	
		きょうだい	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 別居	
		きょうだい	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 別居	

フリガナ	氏名	続柄	生年月日	所属先 (児童の場合のみ記入)	障害者手帳 コピー添付	きょうだいや同居親族の欄が足りない場合は こちらの欄にわかるように記入してください。
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	

生活保護受給者の場合	受給開始日 : 年 月 日
------------	---------------

氏名	生年月日	住所 (住民票上別世帯であっても、同居であれば同居とみなします)	電話番号
父方	祖父	年 月 日 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)	
	祖母	年 月 日 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)	
母方	祖父	年 月 日 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)	
	祖母	年 月 日 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)	



認可保育所等利用申請書

※企業主導型保育施設・認定こども園（幼稚園部分）・新制度移行幼稚園に入園の場合は表面のみ記入

利用希望期間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 就学前まで / <input type="checkbox"/> その他（ 年 月 日まで ）						
希望の保育所名（園番号も必ず記入）	園番号（7ケタ）	見学	希望理由	送迎手段	送迎者		
第1希望		済・未	<input type="checkbox"/> 自宅または勤務先から近い・通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだいが在園している・していた <input type="checkbox"/> その他（ ）	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖父母・他（ ）		
第2希望		済・未	<input type="checkbox"/> 自宅または勤務先から近い・通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだいが在園している・していた <input type="checkbox"/> その他（ ）	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖父母・他（ ）		
第3希望		済・未	<input type="checkbox"/> 自宅または勤務先から近い・通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだいが在園している・していた <input type="checkbox"/> その他（ ）	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖父母・他（ ）		
第4希望		済・未	<input type="checkbox"/> 自宅または勤務先から近い・通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだいが在園している・していた <input type="checkbox"/> その他（ ）	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖父母・他（ ）		
第5希望		済・未	<input type="checkbox"/> 自宅または勤務先から近い・通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだいが在園している・していた <input type="checkbox"/> その他（ ）	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖父母・他（ ）		
第6希望		済・未	<input type="checkbox"/> 自宅または勤務先から近い・通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだいが在園している・していた <input type="checkbox"/> その他（ ）	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖父母・他（ ）		
※保育所名と園番号が不一致の場合、保育所名に記載されている施設を希望園とします。							
きょうだいで申請の場合 いずれか1つにチェック	きょうだいで申請の場合、同じ園・同時入所を優先して調整します。同じ園に同時入所ではない場合の審査方法の希望について選択してください。 なお、別の時期での入所も可とする場合、待機子どもの預け先等（幼稚園・認可外保育施設・祖父母など）の確保が必要です。 <input type="checkbox"/> i. 同じ園に同時に入所できる場合のみ希望 <input type="checkbox"/> ii. 同じ園に別の時期で入所することも可能 → <input type="checkbox"/> 必ず（ ）を優先 / <input type="checkbox"/> 優先順位なし ※待機子どもは（ ）に預ける <input type="checkbox"/> iii. 別の園に同時に入所することも可能 <input type="checkbox"/> iv. 別の園に別の時期で入所することも可能 → <input type="checkbox"/> 必ず（ ）を優先 / <input type="checkbox"/> 優先順位なし ※待機子どもは（ ）に預ける						
入所意思の選択	<input type="checkbox"/> A. 今すぐ入所を希望 <input type="checkbox"/> B. 希望する認可保育所等に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できるため、利用調整点数が下がってもよい ※ 在園中のきょうだいが「育児休業に伴う入所継続制度」を利用しており、引き続き入所継続を希望する場合、Bを選択することはできません。（Bを選択すると退園となります） ※ きょうだいが育児要件により新2号認定を受けており、Bを選択した場合、きょうだいの新2号認定は育児取得対象児が1歳になる月の月末で終了となります。						
子どもの現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園（園名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 市外認可保育所等（園名： ） → 待機だった場合は現在の保育所等を <input type="checkbox"/> 利用し続ける / <input type="checkbox"/> 退園する（時期： 月末）						
待機となった場合	<input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 求職活動を行う <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 児童を預けて就労する → （ <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 市外認可保育所等 ）						
幼稚園への併願	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → （優先順位： <input type="checkbox"/> 保育所入所を優先する / <input type="checkbox"/> 幼稚園入園を優先する ） ※どちらを優先しても審査には影響しません。						
延長保育の利用希望	<input type="checkbox"/> なし	利用頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週（ 回程度） <input type="checkbox"/> その他（具体的な時期・頻度： ）				
	<input type="checkbox"/> あり →	利用時間	時 分まで（予定） ※保護者のいずれかが保育できない場合のみ利用が可能です				
土曜保育の利用希望	<input type="checkbox"/> なし	利用頻度	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 月（ 回程度） <input type="checkbox"/> その他（具体的な時期・頻度： ）				
	<input type="checkbox"/> あり →	利用時間	時 分 ～ 時 分まで（予定） ※保護者のいずれかが保育できない場合のみ利用が可能です				
出産予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ⑨-1 出産予定連絡票を提出してください						
子どもの健康状態	乳幼児健診	受診歴	<input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月から11か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳6か月健診				
		指摘事項等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（指摘の内容や現在の経過： ）				
	持病等	<input type="checkbox"/> なし	病名	（ ） 治療経過：（ ）			
		<input type="checkbox"/> あり →	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要 ※事前相談が必要です			
		<input type="checkbox"/> 対応可能で <input type="checkbox"/> あることを <input type="checkbox"/> 園に確認済	投薬	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要（種類・投薬頻度等）			
			園での対応	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要（具体的な対応方法）			
	アレルギー・食事等における制限	<input type="checkbox"/> なし →	離乳食の状況	<input type="checkbox"/> 離乳食開始前（現時点でアレルギーなし） <input type="checkbox"/> 離乳食を進めている <input type="checkbox"/> 離乳食終了			
		<input type="checkbox"/> あり →	アレルギー	食物	（ ） 症状等（ ）		
				その他	（ ） 症状等（ ）		
		<input type="checkbox"/> 対応可能で <input type="checkbox"/> あることを <input type="checkbox"/> 園に確認済	アレルギー検査	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 受診した（結果： ）			
除去対応の要否 ※除去食など	<input type="checkbox"/> 除去不要（理由： ） <input type="checkbox"/> 除去必要（除去するもの： ）						
発育	集団生活の経験	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 認可保育所等の経験あり <input type="checkbox"/> 幼稚園の経験あり <input type="checkbox"/> 認可外施設の経験あり <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	排泄について	<input type="checkbox"/> おむつを使っている <input type="checkbox"/> 手洗いがあればトイレに行くことができる <input type="checkbox"/> ひとりでトイレに行くことができる					
	発語について	<input type="checkbox"/> 発語なし <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 3語文以上					
	療育に関する通所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（施設名： ）（通所開始時期： 年 月頃）（通所頻度： 週 日）					
	保健師・療育センター等への相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（詳細： ）					
園での対応に配慮が必要なおことがあれば記入してください。 <input type="checkbox"/> 対応可能であることを園に確認済							