

支給認定申請書・入所(園)申込書(保育児童台帳)

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長、認定こども園長、地域型保育事業者

- ・ 次のとおり、**記載例**に係る支給認定を申請します。
- ・ 市町村が施設型保育を実施する場合は、支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)を記載してください。
- ・ 特定教育・保育施設等に関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。
- ・ 申請児童が第2子以降である場合、本申請を以って保育料免除申請を行うことに同意します。

保育必要量(市記載項目)
標・短
支給認定番号(市記載項目)

①申請者、及び申請対象児童【記載必須】

		申請日	2000年 00月 00日	
保護者(申請者)	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		連絡先
	氏名	宇都宮 太郎		(父) 090-0000-0000 (母) 090-0000-0000
	住所	(〒320-0000)	宇都宮市旭一丁目1番5号	
	前年1月1日の住所	宇都宮市00町00番地(同じ場合は同上と記載してください)		
児童	フリガナ	ウツノミヤ ハナコ		性別
	氏名	宇都宮 花子		年齢
	生年月日	2024年 4月 20日		0歳(入所希望年度4月1日時点)
障がい者手帳の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		個人番号(マイナンバー)	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲

②児童世帯の状況【記載必須】(申請対象児童、祖父母、おじ、おばは除く。)

氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	個人番号(マイナンバー)
宇都宮 太郎	父	1987年 5月 5日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	(株)00商事	△△△△△△△△△△△△
宇都宮 市子	母	1987年 6月 6日	男 <input type="radio"/> / <input checked="" type="radio"/> 女	(株)00銀行	××××××××××××××
宇都宮 一郎	長男	2018年 7月 7日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	000保育園	00000000000000
		年 月 日	男・女		
		年 月 日	男・女		
生活保護の受給	有・ <input checked="" type="radio"/> 無				
父母の状況(同居していない場合)	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 単身赴任(父・母が) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 都道府県 市区町村に赴任中				

同一世帯のご家族全員分のマイナンバーを記載し、申請の際はマイナンバーが確認できる書類をご持参ください。

③保育の利用を必要とする理由等【記載必須】

父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 8時 30分 ~ 17時 15分	<input type="checkbox"/> 就学 時 分 ~ 時 分 学校名()	
	勤務先名 (株)00商事	<input type="checkbox"/> 介護等 介護対象者() 病名等()	
	住所 宇都宮市駒生町000番地0	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障がい等級 級 病名等()	
	連絡先 028-000-0000	<input type="checkbox"/> 求職活動	
	育休明け 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他()	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 8時 30分 ~ 17時 15分	<input type="checkbox"/> 就学 時 分 ~ 時 分 学校名()	
	勤務先名 (株)00銀行	<input type="checkbox"/> 介護等 介護対象者() 病名等()	
	住所 宇都宮市平出町000番地0	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障がい等級 級 病名等()	
	連絡先 028-000-0000	<input type="checkbox"/> 求職活動	
	産休明け 育休明け 2000年 4月 21日	<input type="checkbox"/> その他()	
希望する利用時間・曜日	利用時間 8時から 18時まで	利用曜日 月曜日から 金曜日まで	備考
通園方法	<input checked="" type="radio"/> 父 <input checked="" type="radio"/> 母 祖父・祖母・()	<input checked="" type="radio"/> 自動車 自転車・徒歩・バス・()	

育休明けの場合、復帰される月の前月入所から申込みが可能です。

④アレルギー等

アレルギー	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	具体的に
発達に関する心配(病気を含む)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	具体的に

日ごろの生活で気になるところや、乳幼児健診などで医師や保健師から指摘を受けたことなどがありましたら記載してください。(言葉が遅い・体重が増えない・落ち着きがなく多動・喘息の発作があるなど)

⑤利用希望期間、希望施設(事業者)名【記載必須】

※希望施設を見学した場合、見学済の欄に○

利用希望期間	2000年 △△月 1日から 2000年 3月末日まで		見学済	市記入欄 (園コード)	
希望施設 (事業者) 名	(第1希望)	〇〇〇保育園	(理由)	記入 しないで ください	
	(第2希望)	×××幼児園	(理由)		
	(第3希望)	△△△保育園	(理由)		
	(第4希望)		(理由)		
	(第5希望)		(理由)		
	(第6希望)		(理由)		
	(第7希望)	【あっせんとは…?】 利用調整後、入所保留となった方に受入れ枠に余裕のある 保育施設の情報提供をするものです。			
	(第8希望)		(理由)		
	(第9希望)		(理由)		
	(第10希望) 以降		(理由)		
あっせん (利用調整後、入所保留の場合、希望施設以外の入所可能な施設の案内) の希望			<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		

※11施設以上希望される場合は、ご相談ください

⑥きょうだい同時に申し込む場合の条件

<input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育施設等を希望 (空くまで待つ)	<input type="checkbox"/> 同時期であれば別々の保育施設等でもよい
<input checked="" type="checkbox"/> ひとりでも先に入所させたい (優先児童 花子) ひとり入所後は、 <input type="checkbox"/> 同じ保育施設等を希望 <input type="checkbox"/> 別々の保育施設等でもよい	

※「ひとりでも先に入所させたい」を希望し、どちらかひとりが内定した場合、

⑦申込児童の現況

申込児童の状況	<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅でみている <input checked="" type="checkbox"/> 産休・育休中 <input type="checkbox"/> 祖父母がみている <input type="checkbox"/> 一時保育を利用中 <input type="checkbox"/> 認可外施設を利用中 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 認可保育施設を利用中 (年 月 ~ 年 月 【施設名】)
就学前の きょうだいの状況	<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅でみている <input type="checkbox"/> 父又は母が仕事をしながらみている <input type="checkbox"/> 祖父母がみている <input checked="" type="checkbox"/> (利用施設名) 〇〇〇保育園 在園中 <input type="checkbox"/> 一時保育を利用中 <input type="checkbox"/> 認可外施設を利用中 <input type="checkbox"/> その他 ()
入所調整の結果、 待機の場合	<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅でみている <input type="checkbox"/> 育休延長 <input type="checkbox"/> 父又は母が仕事をしながらみる <input type="checkbox"/> 祖父母がみる <input checked="" type="checkbox"/> 一時保育を利用予定 <input type="checkbox"/> 認可外施設を利用予定 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用予定 <input type="checkbox"/> その他 ()

優先児童がない場合、“どちらでも”と
ご記載ください。

⑧祖父母の状況【記載必須】

申込児童の祖父母の氏名	生 年 月 日	住 所	児童との同居など	健康状況	職 業 等	
父 方	祖父	年 月 日	宇都宮市旭 一丁目1番5号	同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居 死亡・ <input checked="" type="checkbox"/> 所在不明	普・弱・障	
	祖母	宇都宮 育子 1950年 8月 8日		同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居 死亡・ <input checked="" type="checkbox"/> 所在不明	普 <input checked="" type="checkbox"/> 弱 障	なし
母 方	祖父	栃木 健男 1952年 9月 9日	千葉市中央区〇〇 〇丁目〇番〇号	同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居 死亡・ <input checked="" type="checkbox"/> 所在不明	<input checked="" type="checkbox"/> 普 弱・障	会社員
	祖母	栃木 康子 1952年 7月 7日		同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居 死亡・ <input checked="" type="checkbox"/> 所在不明	<input checked="" type="checkbox"/> 普 弱・障	パート

※以下は記入しないでください。

*施設記載欄 (施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

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)
備 考	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
備 考	