

様式第2号(第5条関係)

施設型給付・地域型保育給付費(保育の必要性)教育・保育給付認定申請書兼保育所入所申込書

四万十市長 様
施設長 様

令和 年 月 日

※太枠の中をすべて記入し、押印してください。裏面もあります。

申 込 児 童	フリガナ		性別		保 護 者	住 所 四万十市 ※下記の1月1日時点の住所地については、その時点の住所地が四万十市外の場合、記入してください。	※令和6年1月1日時点の住所地		都 道 市 町 村	電 話 番 号	携 帯	父		
	氏 名		男 ・ 女				※令和7年1月1日時点の住所地		都 道 市 町 村					
	生 年 月 日	平成 年 月 日生												
	心身障害児該当	無 ・ 有		下記、心身障害者適用表(※1)に該当する場合「有」										
世 帯 の 状 況 ※※※ 高校生以上の 同居者も記入。 ※※※ 同居実子の 同居者も記入。 ※※※ 同居実子の 同居者も記入。	氏 名	入所児童 との続柄	生年月日	職業(勤務先) 学校・保育所名	心身障害者該当 心身障害者適用表 (※1)参照	保 育 の 実 施 を 希 望 す る 期 間	令和 年 月 1日 から 令和 9年 3月 31日 まで							
		父	昭平令	・ ・		☐ 有	申 込 区 分	新規 ・ 転園 (転園前施設名)						
		母	昭平令	・ ・		☐ 有	入 所 を 希 望 す る 保 育 所	第1希望 第3希望						
			昭平令	・ ・		☐ 有	保 育 を 必 要 と す る 理 由	第2希望 第4希望						
			昭平令	・ ・		☐ 有		父	就労(内定・育児休業中)・病気(障害)・介護等・求職中・その他()					
			昭平令	・ ・		☐ 有	母	就労(内定・育児休業中)・産前産後・病気(障害)・介護等・求職中・その他()						
			昭平令	・ ・		☐ 有	希 望 認 定 区 分	☐ 保育標準時間 (7:30～18:30の内、下記の短時間利用を要する保育が必要な時間)		希 望 利 用 時 間	時 分 から			
			昭平令	・ ・		☐ 有		☐ 保育短時間 (8:00～16:00の8時間)			時 分 まで			
			昭平令	・ ・		☐ 有	支 払 方 法	1 口座振替 ・ 2 納付書払い		(特記事項等あれば具体的に) ※就労内定や育児休業中の方は就労予定日、職場復帰日を記載してください。				
			昭平令	・ ・		☐ 有		口座振替の場合、金融機関を○で囲んでください。						
各 種 適 用	ひとり親世帯の適用(児童扶養手当受給の有無)			無 ・ 有		四国銀行・高知銀行・愛媛銀行 伊予銀行・高知信用金庫・幡多信用金庫 四国労働金庫・高知県農業協同組合 ゆうちょ銀行・宿毛商銀信用組合								
	身障世帯の適用			無 ・ 有										
	生活保護の適用			無 ・ 有										

※1 心身障害者適用表		均等割	所得割	階層	保育料	第3子無料化	認定・認定番号	年齢	0	1	2	3	4	5
(1) 身体障害者手帳交付者 (2) 療育手帳交付者 (3) 精神障害者保健福祉手帳交付者 (4) 特別児童扶養手当の支給対象児 (5) 障害基礎年金等の受給者	※市記載欄	父	有・無			申請可	2号 3号	備考						
		母	有・無			申請済	標準 短時間							
			有・無			適用済								
		計	有・無		全・半・0									

※状況をできるだけ詳しく記入してください。（申込内容に虚偽が判明した場合には入所決定後でも入所を取り消すことがあります。）

父 親 の 状 況（保 育 で き な い 理 由）					母 親 の 状 況（保 育 で き な い 理 由）										
①	就 労 中 (内 定 含 む)	居 宅 内 外	1. 居 宅 外 労 働 ・ 2. 居 宅 内 労 働			①	就 労 中 (内 定 含 む)	居 宅 内 外	1. 居 宅 外 労 働 ・ 2. 居 宅 内 労 働						
		会 社 名 ・ 仕 事 内 容 等						会 社 名 ・ 仕 事 内 容 等							
		所 在 地						所 在 地							
		就 労 形 態	正 社 (職) 員 ・ 臨 時 ・ パ ー ト 自 営（経 営 者／専 従 者／協 力 者） ・ そ の 他 ()					就 労 形 態	正 社 (職) 員 ・ 臨 時 ・ パ ー ト 自 営（経 営 者／専 従 者／協 力 者） ・ そ の 他 ()						
		労 働 時 間	時 分 ～ 時 分 1 日 平 均 () 時 間 ・ 月 平 均 () 日					労 働 時 間	時 分 ～ 時 分 1 日 平 均 () 時 間 ・ 月 平 均 () 日						
		育 休 中 の 場 合	復 帰 日 年 月 日（原則、復 帰 の 1 ヶ 月 前 か ら 入 所 可 能）					育 休 中 の 場 合	復 帰 日 年 月 日（原則、復 帰 の 1 ヶ 月 前 か ら 入 所 可 能）						
②	病 気	病 名			病 院 名			③	病 気	病 名			病 院 名		
		年 月 日 より 入 院 ・ 通 院（週 回）				年 月 日 より 入 院 ・ 通 院（週 回）									
③	心 身 障 害	障 害 名			等 級	級		④	心 身 障 害	障 害 名			等 級	級	
④	介 護 ・ 看 護	要 看 護 者 名			病 院 付 添 ・ 自 宅 看 護			⑤	介 護 ・ 看 護	要 看 護 者 名			病 院 付 添 ・ 自 宅 看 護		
		状 態				状 態									
⑤	そ の 他							⑥	そ の 他						
その他特記事項があれば記入してください。（子どもを保育できない家庭状況、求職中の場合就職活動状況 など）					委 任					代 理 人	住 所		氏 名		
										私は上記の者を代理人として、本書面による申請及び申込を委任します。					
										委 任 者	住 所		氏 名		印
										※1 表面の保護者以外の方が、手続きする場合には記入してください。					
										※2 委任者の氏名は、必ず本人が自署してください。					

※市記載欄	