

〇年 〇月 〇日

保育所等に関する通知は、代表保護者宛てに送付します。代表保護者を保育料の納入義務者とします。申請者(保護者)欄にはもう一方の保護者の名前を記入してください。

申請者(代表保護者) 氏名 市川 太郎
申請者(保護者) 氏名 市川 花子

教育・保育給付認定を受けたいので、子ども・子育て支援法第20条第1項の規定により関係書類を添えて

同時に2人以上の児童の申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに申請書を提出してください。

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の有無について選択してください。

記

Application form grid with fields for child name (市川 二郎), address (市川市 八幡 1 丁目 1 番地 1 号), phone numbers, and care utilization options (有/無).

(※) 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます(以下同じ)。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

「有」を○で囲んだ場合は次の①～④に、「無」を○で囲んだ場合は次の①～③に必要な事項を記入してください。

① 情報の閲覧等に関する同意の署名

申請に係る子どもが子どものための教育・保育給付を受ける間において、市担当職員が教育・保育給付認定を行うために必要な市民税に関する情報(同一世帯員のものを含む。)及び世帯員の情報を閲覧等すること並びにこれらの情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提示することに同意します。

内容を確認のうえ、代表保護者又は保護者が署名してください。

保護者氏名 市川 太郎

② 世帯の状況

Table for household status with columns for family members (市川 太郎, 市川 花子, 市川 一郎, 八幡 保子), their roles, and tax status. Includes a note about recording other residents and a field for living allowance (生活保護の受給の有無).

③ 利用を希望する期間及び希望する施設（事業者）名等

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
| 利用を希望する期間 | 令和〇年 4月 1日 から <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで | | |
| 利用を希望する施設（事業者）名 | 施設（事業者）名 | 希望する理由 | 事業所番号 (市川市記載欄) |
| | 第1希望 | 〇〇保育園 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> 預かり保育 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 第2希望 | △△保育園 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> 預かり保育 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| <p>開始日は産後休暇明け（57日目）入所を除き、1日になります。 終了日は妊娠・出産事由の場合は出産予定月の翌々月末日を記入してください。 それ以外の場合は希望する終了日を記載するか、小学校就学前までを選択してください。</p> | | | |

④ 保育の利用を必要とする事由等

※ 保護者の労働等の事由により保育所等に

| | | | |
|---|--|--|---|
| 保育の利用を必要とする事由 | 続柄 | | <p>保育の利用を必要とする事由についてそれぞれ該当する主な事由1か所にチェックをしてください。 申請児童の育児休業等から復職予定の方は「就労」、就労内定の方は「求職活動」を選択してください。</p> <p>同居する65歳未満の祖父母がいる場合、続柄欄に記入し、該当する事由にチェックをしてください。</p> |
| | 父 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 祖母 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (婚姻歴 有・無) <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 | | |
| 希望する利用時間 | 利用する曜日 (〇をつけてください。) | 利用する時間 | |
| | 月 火 水 木 金 土 | 9時 00分 から 17時 00分 まで | |
| 希望する利用区分 | <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用 (1日最大11時間までの利用) <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間利用 (1日最大8時間までの利用) | | |
| <p>〇 別紙「記入上の注意」をよくお読みの上記</p> <p>利用区分は、必要とする事由や利用時間により認定します。</p> | | | |

<保育の認定基準>

保育の必要性の認定を受けるためには、保護者のいずれもが次のいずれかに該当する必要があります。

| 事由 | | 保育の必要量 | |
|----------|--|--------|-----|
| | | 標準時間 | 短時間 |
| 1. 就労 | 月64時間以上、育児休業からの復職を含む | ○ | ○ |
| 2. 妊娠・出産 | 出産予定月とその前後2か月間 | ○ | — |
| 3. 疾病・障害 | 月64時間以上介護・看護をしている | ○ | ○ |
| 4. 介護等 | 同居又は長期入院等をしている親族の介護、看護 | ○ | ○ |
| 5. 災害復旧 | 震災、風水害、火災その他の災害の復旧 | ○ | — |
| 6. 求職活動 | 就労内定、起業準備を含む | — | ○ |
| 7. 就学 | 月64時間以上 | ○ | ○ |
| 8. その他 | 虐待やDVのおそれがあること | ○ | — |
| | 育児休業取得中に、既に保育を利用している子どもがいて継続利用が必要であること | — | ○ |

<留意事項>

教育・保育給付認定（保育の必要性の認定）については、希望する認定が受けられない場合や、保育の実施基準の該当事由により、利用期間の希望に添えない場合がありますので、予めご承知ください。

市川市保育所等利用申込書

市川市長

同時に2人以上の児童の利用申込みを行う場合には、それぞれの児童ごとに申込書を提出してください。

入みます。また、保育料の決定に当たり課税状況の調査、有する個人情報等を保育所等に提供することに同意します。
記

〇年 〇月 〇日

| | | | | | | |
|---|-----------|---|--------|---|----|---------------|
| 家族構成 | 住所 | 〒272-0000 市川市 八幡1丁目 1番 1号 | | マンション名など | | |
| | 電話番号 | 自宅000-000-0000 | | 携帯 父 000-0000-0000 母 000-0000-0000 | | |
| | 申込児童の保護者 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業・学校名等 |
| | | ふりがな 市川 太郎 | 父 | SO・〇・〇 | 35 | 会社員 |
| | | ふりがな 市川 花子 | 母 | HO・〇・〇 | 30 | 無職 |
| | 申込児童 | 氏名 | 生年月日 | クラス年齢 | | |
| | | ふりがな 市川 二郎 | RO・〇・〇 | 1歳クラス 4月2日現在の満年齢 | | |
| | 上記以外の同居家族 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業・学校名・保育所等名等 |
| | | ふりがな 市川 一郎 | 兄 | HO・〇・〇 | 3 | |
| | | ふりがな 八幡 保子 | 祖母 | SO・〇・〇 | 60 | 無職 |
| ふりがな | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | |
| 利用希望保育所等 | 第1希望 | 〇〇保育園 | | 利用を希望する理由（該当する番号に〇を付けてください） 1 父母共に昼間家庭外で仕事をしている。 2 出産の前後である。 3 子どもが保育所等利用後、母が働く予定である。 4 その他（上記以外の理由又は特記事項がある場合は、下に記入してください） | | |
| | 第2希望 | △△保育園 | | | | |
| | 第3希望 | | | | | |
| 利用開始日は、産後休暇明け（57日目）入所を除き、1日になります。 | | | | 産後休暇、育児休業から復職予定の方も「1」を選択してください。 | | |
| 保育の利用を希望する期間 | | 令和3年 4月 1日から | | <input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 まで | | |
| 多子軽減措置確認欄（下記について該当箇所にレ点を入れてください。） | | | | | | |
| ◎第3子以後の保育料について | | ◎申込児童以外の就学前児童の状況について | | 受付印 | | |
| 1 18歳未満の児童が3人以上いる世帯の第3子以後である（第 子） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい | | 1 幼稚園（特別支援学校の幼稚部を含む）に在園している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい | | 該当する方のみ記載してください。 | | |
| 2 兄弟姉妹に係る保育料に未納がない。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい | | 2 認定こども園に在園している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい | | | | |
| | | 3 福祉型児童発達支援センター等に通所又は児童デイサービスを利用している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい | | | | |

申込む年度の4月2日時点での満年齢をご記入ください。

同居している方全員について記入してください。別世帯、同住所で別棟、同じマンションやアパートの別室の場合も同居とみなします。

産後休暇、育児休業から復職予定の方も「1」を選択してください。

該当する方のみ記載してください。

利用を希望する順位に従い保育施設名を正確に記入してください。なお、第5希望以下は余白に記入してください。

福祉型児童発達支援センター等とは以下の施設となります。福祉型児童発達支援センター、難聴幼児通園施設、医療型児童発達支援センター、情緒障害児短期治療施設通所部、児童デイサービス

【家庭の状況及び児童の状況】

<家庭の状況>

| | | 保護者(父親)の状況 | | 保護者(母親)の状況 | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|--|----------|
| 保育の必要な理由に○をつけて以下の項目を記入して下さい。 | | 1. 就労 3. 疾病・障がい 4. 介護・看護 | 5. 求職活動 (内定 有・無) 6. 就学 7. 不存在 8. その他 | 1. 就労 2. 出産 3. 疾病・障がい 4. 介護・看護 | 5. 求職活動 (内定 有・無) 6. 就学 7. 不存在 8. その他 | |
| 保護者の状況 | 勤務(内定)先名称 | 〇〇株式会社 | | 〇〇株式会社 | | |
| | 1 通勤時間(片道) | 1時間 00分(最寄り駅 〇〇駅) | | 時間 30分(最寄り駅 〇〇駅) | | |
| | 5 仕事の内容 | 営業 | | 事務 | | |
| | 育児休業 | 無・有(年 月 日まで) | | 無・有(年 月 日まで) | | |
| | 2 出産予定 | | | 予定日 年 月 日 | | |
| | 3 病名・障がい名 | | | | | |
| | 3 状況 | 年 月 日から入院・通院(月 日) 手帳 無・有(種 級・ 程度) | | 年 月 日から入院・通院(月 日) 手帳 無・有(種 級・ 程度) | | |
| | 4 被介護者氏名 | 児童との続柄 | | 児童との続柄 | | |
| | 4 病名・障がい名 | | | | | |
| | 4 病院・施設名称 | | | | | |
| 6 | 就学先名称 | 同居している祖父母が65歳未満の場合は、保育の必要性を確認する書類をご提出ください。 | | | | |
| | 通学時間(片道) | | | 分(最寄り駅) | | |
| | 卒業(終了)年月日 | 年 月 日まで | | 年 月 日まで | | |
| | 7 不存在の理由 | 死別・離婚・未婚・離婚調停中・別 | | 別世帯、同住所で別棟、同じマンションやアパートの別室の場合も同居を選択してください。 | | |
| 8 | その他 | | | | | |
| 祖父母の状況 | | 氏名 | 年齢 | 住所(別居の場合は住所を記入してください) | 就労状況 | |
| | 父 | 祖父 | 市川 〇〇 | 70 | 同居(別居) 市川市末広1-1-31 | 有・無 |
| | | 祖母 | 市川 〇〇 | 65 | 同居(別居) 市川市末広1-1-31 | 有・無 |
| | 母 | 祖父 | 八幡 〇〇 | | 同居・別居() | (死別) 有・無 |
| 祖母 | | 八幡 保子 | 60 | 同居(別居) 市川市八幡1-1-1 | 有・無 | |
| 希望時の兄弟姉妹について | 小学校就学前の兄弟姉妹はいますか? (いる・いない) ※「いる」に○をした方は、以下の項目を記入してください。 | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 同時に申し込む | <input type="checkbox"/> 同じ月に同じ保育施設の入園のみを希望する。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 申込み中 | <input checked="" type="checkbox"/> 同じ月に入園できれば別々の保育施設でも入園を希望する。 | ⇒ | <input checked="" type="checkbox"/> 希望順位よりも同じ保育施設の入園を優先 <input type="checkbox"/> 別々の保育施設でも希望順位を優先 | | |
| | ※ 1人だけ入園決定の場合でも就労等の在園要件を満たさなければ退園となります。 | <input type="checkbox"/> 1人だけでも入園を希望する。入園できなかった児童は()に預ける。 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 上の子から | ⇒ | | <input type="checkbox"/> 希望順位よりも同じ保育施設の入園を優先 | |
| | | <input type="checkbox"/> 下の子から | ⇒ | | <input type="checkbox"/> 別々の保育施設でも希望順位を優先 | |
| <input type="checkbox"/> 入れる子から | ⇒ | | <input type="checkbox"/> 別々の保育施設への入園は希望しない | | | |
| <input type="checkbox"/> 既に入園している | 入園している保育施設 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 以前入園していた | 入園していた保育施設 () (年 月 日まで) 退園理由 <input type="checkbox"/> 育児休業法による育児休業の取得 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 申込みはしない | <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園(幼稚園) (時 分 ~ 時 分) 預かり保育制度(あり・なし)「あり」の方→預かり保育制度の利用予定(あり・なし) 長期休園保育制度(あり・なし) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 住まい | 過去2年間市川市に在住している | はい(いいえ(児童・父・母)) | | 転入日: 年 月 日 | | |
| | 転居予定 | なし・あり 転居先住所: | | 転居日: 年 月 日 | | |
| 生活保護の状況 | | 受けていない・受けている・申請中 (年 月 日から) | | | | |
| 障害者手帳の取得状況 | | なし(あり(申込み児童・兄弟姉妹・父母・同居祖父母) その他) | | | | |

裏面以降の書き方について不明な点は、こども施設入園課へお問い合わせください。

<裏面に続く>