

事務処理欄

受付番号	受付印	受託	申込項目	世帯番号	0	0													
			新規・転所・転入継続・市外・認定																
			R5 ・ R6 ・ R5,6 両年度																

# 子どものための教育・保育給付認定申請書兼施設利用申込書

(あて先) 日 野 市 長

年 月 日

同意事項	1 教育・保育給付認定、利用調整等のために必要な個人情報(住民税、世帯構成等)を閲覧し利用することを承諾します。																	
	2 市外保育施設申込みの際に、教育・保育給付認定、利用調整等のために必要な個人情報を相手先自治体に提供することを承諾します。																	
	3 正当な理由なく必要書類を提出しない場合は、教育・保育給付認定が取り消され、施設利用ができなくなることを承諾します。																	
	4 施設利用に必要な書類を日野市及び利用施設に提出することを承諾します。																	
	5 以下該当項目に虚偽なく記入することを承諾します。 <span style="float: right;">署名 _____</span>																	

保護者	住所	〒191- 日野市																	
	フリガナ																		
	氏名																		
		電話番号	自宅	-	-														
			父	-	-														
			母	-	-														

利用希望期間	年 月 1 日 から	<input type="checkbox"/>	小学校就学前まで
		<input type="checkbox"/>	年 月 末まで

市外希望の場合	市外区市町村締切日	年 月 日	自治体名	都道府県	区市町村
	日野市からの転出予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 日頃 )			

申込児童及び同居家族 ※申込児童の番号を○で囲んでください。	番号	フリガナ	申込児童から見た続柄	生年月日及び年齢 ( R6. 4. 1時点)		職業、在籍施設名等
		氏名		T・S・H・R・西暦	歳	
	1		父	T・S・H・R・西暦	歳	
	2		母	T・S・H・R・西暦	歳	
	3			T・S・H・R・西暦	歳	
	4			T・S・H・R・西暦	歳	
	5			T・S・H・R・西暦	歳	
	6			T・S・H・R・西暦	歳	
	7			T・S・H・R・西暦	歳	

希望施設名	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望	第6希望
	※希望保育施設は通える施設を記入してください。第7希望以降は別紙に記入してください。					第7以降希望 (有・無)
※入所辞退された場合は、申込取り下げとなります。						

同時申込時の条件	1 兄弟姉妹を同時申込の場合、以下のいずれかに☑してください。※																	
	<input type="checkbox"/> ① 兄弟姉妹全員が、同時に同じ保育施設を利用できる場合のみ利用する。 <input type="checkbox"/> ② 兄弟姉妹全員が、同時に利用できれば別々の保育施設でも利用する。 <input type="checkbox"/> ③ 兄弟姉妹のうち、1人だけが利用できる場合でも保育施設を利用する。双子の場合 ( )優先																	
	※上記で①または②を選択した場合、申込児童のうち1人が入所可能でも他の児童が入所できなければ、全員が入所待機となります。																	
2 上記で②または③を選択した場合は以下のいずれかを☑してください。																		
<input type="checkbox"/> ア 希望順位を下げても、同じ施設にそろえることを優先する。 <input type="checkbox"/> イ 同じ施設にそろえるより、それぞれの希望順位を優先する。																		



## その他の状況について

	保育状況	内容		
		① 児童名 :	② 児童名 :	③ 児童名 :
申込児童の状況	<input type="checkbox"/> 保育施設	1 施設名 :	1 施設名 :	1 施設名 :
	<input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小規模・家庭的保育 <input type="checkbox"/> 事業所内保育所 <input type="checkbox"/> 認証保育所・保育ママ <input type="checkbox"/> 企業主導型保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 一時保育等 <input type="checkbox"/> 社内・院内託児室等 <input type="checkbox"/> その他	2 所在地 :                      区市町村	2 所在地 :                      区市町村	2 所在地 :                      区市町村
		3 利用頻度 : 週                      日間	3 利用頻度 : 週                      日間	3 利用頻度 : 週                      日間
		4 利用開始日 :                      年 月 日	4 利用開始日 :                      年 月 日	4 利用開始日 :                      年 月 日
	<input type="checkbox"/> 保護者保育 (育児休業中を含む)	1 父 ( 週                      日間 ) 2 母 ( 週                      日間 )	1 父 ( 週                      日間 ) 2 母 ( 週                      日間 )	1 父 ( 週                      日間 ) 2 母 ( 週                      日間 )
<input type="checkbox"/> 職場保育(自宅兼職場)	1 父 ( 週                      日間 ) 2 母 ( 週                      日間 )	1 父 ( 週                      日間 ) 2 母 ( 週                      日間 )	1 父 ( 週                      日間 ) 2 母 ( 週                      日間 )	
<input type="checkbox"/> 親族・知人保育	1 続柄 : 2 頻度 : 週                      日間	1 続柄 : 2 頻度 : 週                      日間	1 続柄 : 2 頻度 : 週                      日間	

※ 申込児童の上の子が令和6年(2024年)4月時点で小学校就学前であり下記施設を利用(利用予定)している場合はご記入ください。

	施設種類	児童氏名	生年月日及び年齢(R6. 4. 1時点)	施設名
上の子の状況	<input type="checkbox"/> 私立幼稚園 <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部 <input type="checkbox"/> 児童心理治療施設 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育所 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援		年 月 日	
			歳	<input type="checkbox"/> 在籍中 <input type="checkbox"/> 通園予定 ( 月~ )

同一世帯者の状況	生活保護	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている 担当者名 : (                      ) 年 月 から
	単身赴任	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(父・母) ※片道100km(直線距離)以上
	里親世帯	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	出産予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(予定日 :                      年 月 日)
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 所持していない <input type="checkbox"/> 所持している(氏名 :                      )児童との続柄(                      )
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 所持していない <input type="checkbox"/> 所持している(氏名 :                      )児童との続柄(                      )
	愛の手帳(療育手帳)	<input type="checkbox"/> 所持していない <input type="checkbox"/> 所持している(氏名 :                      )児童との続柄(                      )
	特別児童扶養手当証書	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受給している(氏名 :                      )児童との続柄(                      )
	障害基礎年金証書	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している(氏名 :                      )児童との続柄(                      )
	令和5年(2023年)1月1日時点の住民登録	父 <input type="checkbox"/> 日野市内 <input type="checkbox"/> 日野市外    母 <input type="checkbox"/> 日野市内 <input type="checkbox"/> 日野市外
令和6年(2024年)1月1日時点の住民登録	父 <input type="checkbox"/> 日野市内 <input type="checkbox"/> 日野市外    母 <input type="checkbox"/> 日野市内 <input type="checkbox"/> 日野市外	

※なお、住民税未申告の方は、各年度1月1日時点で住民登録があった区市町村の住民税担当課に申告が必要となります。

	続柄	居所(別居の場合は、住所をご記入ください。)	氏名	年齢	住所	電話番号
祖父母の状況	父方	祖父	同居・不存在・別居	R6. 4. 1時点		
		祖母	同居・不存在・別居	R6. 4. 1時点		
	母方	祖父	同居・不存在・別居	R6. 4. 1時点		
		祖母	同居・不存在・別居	R6. 4. 1時点		

