

船橋市教育・保育給付認定申請書(兼)船橋市保育所等利用申込書

年 月 日

船橋市長 あて

子ども・子育て支援法第20条第1項の認定及び保育所等における保育の利用について、「船橋市保育所等利用のご案内」の内容を理解し、記載の「Ⅺ. 申込みの際に必ずご確認ください重要事項」の内容に同意のうえ、次のとおり申請します。

Application form with sections for guardian information, applicant child information, and payment details. Includes fields for name, address, phone number, birth date, and personal ID number.

(1) 世帯の状況 ※世帯員の個人番号は、上記の個人番号欄で記入済みの場合は記入不要です。

申請者の個人番号確認 [父・母・申請児童・同居人]

Table for household status with columns for name, relationship, birth date, occupation, and address. Includes a section for family status and current residence.

(2) 利用を希望する期間及び施設(事業者)名 ※希望施設は第1希望から順に利用調整しますので、空き状況にかかわらず希望施設順にご記入ください。

Table for preferred facility and period with columns for facility name, period, and visit status.

(3) 祖父母の状況

Table for grandparents' status with columns for name, relationship, birth date, and current status.

(4) 保育の利用を必要とする事由

続柄	保育の利用を必要とする事由		
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> （下の子の）育児休業または育児休暇 <input type="checkbox"/> 不在（ <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他（ ）/不在事由発生日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 求職活動（保育所等の利用開始の… <input type="checkbox"/> 前に求職活動開始 <input type="checkbox"/> 後に求職活動開始） / <input type="checkbox"/> 破産・整理解雇を受けた（ 年 月 日）		
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> （下の子の）育児休業または育児休暇 <input type="checkbox"/> 不在（ <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他（ ）/不在事由発生日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（予定日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 求職活動（保育所等の利用開始の… <input type="checkbox"/> 前に求職活動開始 <input type="checkbox"/> 後に求職活動開始） / <input type="checkbox"/> 破産・整理解雇を受けた（ 年 月 日）		
希望する利用曜日		希望する利用時間	希望する保育の必要量(※注)
月・火・水・木・金・土		時 分～ 時 分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間

(※注) 保育必要量は、保育を必要とする事由等によるためご希望どおりにならないことがあります。

申請児童等の状況	申請児童の現況をご記入・ご選択ください。	施設(事業所)名
	<input type="checkbox"/> 認可保育所等を利用（ <input type="checkbox"/> 3歳未満児施設・ <input type="checkbox"/> 就学前までの施設） <input type="checkbox"/> 認可外保育所を利用 <input type="checkbox"/> 事業所内保育所を利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園を利用 <input type="checkbox"/> 家庭で保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
申請児童等の状況	入所できなかった場合のお子様の保育方法をご選択ください。	施設(事業所)名
	<input type="checkbox"/> 認可外保育所を利用 <input type="checkbox"/> 事業所内保育所を利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園を利用 <input type="checkbox"/> 家庭で保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
申請児童等の状況	育児休業明けでの申請となる方は該当する項目をご選択ください。	
	<input type="checkbox"/> 直ちに復職を希望する <input type="checkbox"/> 希望保育所等が利用不承諾であれば育児休業の延長も許容できる※ ※上記で「育児延長も許容できる」を選択された場合、利用調整で減点適用があります。 ・育児休業給付金等の申請で不承諾通知が利用希望月のみ必要な方は、取り下げ書をご提出いただき、利用希望月翌月からの申請を取り下げてください。 ・一旦取り下げると、後日、育児延長や復職のために申込みが必要になった場合、改めて申請いただく必要があります。 ・上記でご選択いただいた項目を変更する場合は、「保育所等利用申込の希望変更届」をご提出ください。	
	小学校就学前のきょうだいがいる場合は、該当する項目をご記入・ご選択ください。	
	1. きょうだい同時に認可保育所等を利用申込みする（下記①～③のうち、該当するものを選択してください。） ① <input type="checkbox"/> 全員同時に同じ保育所等への入園のみを希望する ② <input type="checkbox"/> 全員が同時に入園できるなら別々の保育所等でも良い └─ <input type="checkbox"/> それぞれの児童の希望園順位を優先する └─ <input type="checkbox"/> 希望園順位よりも同じ保育所等への入園を優先する（同じ保育所等に空きがない時には別々の施設に入園となります。） ③ <input type="checkbox"/> 1人だけでも入園を希望する（②の調整をした上での調整となるため②の組合せも必ず選択してください。） ※復職予定での申込みの場合、1人でも入園となったときは復職が必要です。 └─ <input type="checkbox"/> 優先児童あり（優先児童の氏名： _____） ※優先児童が入園できるまで、他の児童も入園できません └─ <input type="checkbox"/> 優先児童なし	
家族状況	2. 認可保育所等に在園している（施設名： _____）	
	3. 認可保育所等の申込みはしない（理由： _____）	
	家族状況について該当があれば記入してください。	
	① 要介護(要支援)認定や、介護を要する状態であると医師の診断を受けている親族がおり、保護者が直接介護・看護をしている場合は、対象者の氏名、申請児童との続柄をご記入ください。	
	介護・看護をしている方 氏名： _____	申請児童との続柄（ _____ ）
	介護・看護を必要とする方 氏名： _____	申請児童との続柄（ _____ ）
② 住民票上、別居であるが、同一生計の子どもがいる場合は、対象者の氏名、生年月日、住所をご記入ください。		
氏名： _____	（生年月日： 年 月 日）住所： _____	
③ 申請児童または申請児童と同居の方で、以下の手帳等の交付を受けている方や対象者がいる場合は、対象者の氏名・生年月日・該当する手帳等の番号(以下より選択)をご記入のうえ、必要書類をご添付ください。		
1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 精神障害者保健福祉手帳 4 特別児童扶養手当 5 国民年金の障害基礎年金 6 教育委員会の準要保護認定 7 児童通所支援の通所受給者証 8 障害福祉サービス受給者証	※2・3・7・8の対象者は、手帳(証書)のコピーが必要 ※1・4・5の対象者は、船橋市民で、表面の個人番号欄にマイナンバーの記入があれば、氏名と生年月日の記入のみで、手帳等のコピーは不要 ※6の対象者はコピーは不要	
(対象者)氏名 _____ 生年月日 _____ 手帳等の番号 _____	年 月 日	
(対象者)氏名 _____ 生年月日 _____ 手帳等の番号 _____	年 月 日	

(船橋市 処理欄)

看護師面談	健康調書	児童の意見書	6か月未満・その他()	年度税	父・母	日本語×	父・母・()
事由書類(不備等)	<input type="checkbox"/> 就労証明(父・母・祖父・祖母)	<input type="checkbox"/> 意見書・診断書(父・母・祖父・祖母)	その他 留意点				