

入園申込書兼教育・保育給付認定申請書

【保育園・幼稚園・認定こども園（私立の教育標準時間認定を除く）・地域型保育事業用】

(あて先) 八幡市教育委員会教育長

表題の件について、次のとおり申請します。なお、八幡市が、当該申込に係る児童の健康情報、世帯の税情報、住民記録等の施設の利用に必要な情報を閲覧し、保育を必要とする理由を証明する書類について証明元に確認、入園を希望する施設へ必要な情報を提供することに同意します。

申込日 年 月 日

①入園に係る情報

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|------|--------------------|------|--------------------|----------|---------|------|
| 入園を希望する児童 | (ふりがな) | 学年年齢 | 生年月日 | | 性別 | 障がいの有無 | | | |
| | 個人番号: □□□□, □□□□, □□□□ | 歳児 | ・ | ・ | 男・女 | 有・無 | | | |
| 世帯員の状況 | 区分 | 氏名(ふりがな) | | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 障がいの有無※1 | 職業・就学先等 | 同居の別 |
| | 保護者①(認定保護者) | (ふりがな) | | | | ・ | ・ | 有・無 | 同・別 |
| | 保護者② | (ふりがな) | | | | ・ | ・ | 有・無 | 同・別 |
| | その他 | (ふりがな) | | | | ・ | ・ | 有・無 | 同・別 |
| | | (ふりがな) | | | | ・ | ・ | 有・無 | 同・別 |
| (ふりがな) | | | | | ・ | ・ | 有・無 | 同・別 | |
| (ふりがな) | | | | | ・ | ・ | 有・無 | 同・別 | |
| 住所 | 八幡市 | | | | | | | | |
| 前住所 | 1月2日以降に八幡市に転入の方は記入してください。 転入(予定)日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 電話番号 | 父携帯 | - | | 自宅 | - | | | | |
| | 母携帯 | - | | | | | | | |
| 利用希望施設名 | 第1希望 | 幼稚園 保育園 こども園 | 第2希望 | 幼稚園 保育園 こども園 | 第3希望 | 幼稚園 保育園 こども園 | | | |
| | 理由 | 理由 | | 理由 | | | | | |
| 利用希望期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日・小学校入学 まで | | | | | | | | |
| 保育の希望の有無 | <input type="checkbox"/> 有 | 保育園または認定こども園(保育部分)の利用を希望(下記の「②認定区分に関する情報」をご確認ください) | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | 幼稚園または認定こども園(教育部分)の利用を希望 | | | | | | | |

※1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書を有する場合は、写しを提出してください。

②認定区分に関する情報(保育の希望「有」の方のみ記入してください)

| 保育を必要とする理由 ※父母それぞれ該当する項目に☑ | 父 | 母 | 理由 | 必要書類 |
|-------------------------------|--|--------------------------|--|-------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 就労 | 就労証明書、耕作証明書 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 妊娠・出産 | 母子手帳の写し(表紙と出産予定日が確認できる部分) | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 疾病・障がい | 診断書、障害者手帳等の写し(詳しくは入園案内をご確認ください) | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護・看護 | 診断書または介護保険被保険者証(要介護1~5に限る)等の写し及び介護・看護状況申告書 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 災害復旧 | り災証明書、申立書 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 求職活動 | 就労誓約書兼申立書 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 就学 | 在学証明書、カリキュラム | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 育児休業※2 | 就労証明書(育児休業取得期間が記載されていること) | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他 | 市役所にご確認ください。 | |
| 保育利用希望時間 | <input type="checkbox"/> 保育短時間認定 : 通常保育時間(8時間)以内を希望 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 保育標準時間認定 : 通常保育時間(8時間)以上を希望 | | | |

※2 育児休業を取得する際に、すでに保育園等に入園している子どもの継続が必要な場合のみ

③児童の健康 (利用希望施設が地域型保育事業にかかる施設の場合は記入不要)

| | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| 妊娠期間／出生時体重 | () 週 / () グラム | | |
| 今までに大きな病気にかかったことや、現在治療中の病気の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 有の場合 | 病名 () 治療中・治療完了 通院している病院 () 処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類:) |
| 食物アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 有の場合 | 除去が必要な食材 () ※すべて記入 処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類:) アナフィラキシー既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状:) |
| 市の健診の受診歴、指導された内容等 | 4ヵ月健診 | <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 | 指導内容等 () |
| | 10ヵ月健康相談 | <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 | 指導内容等 () |
| | 1歳8ヵ月健診 | <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 | 指導内容等 () |
| | 3歳児健診 | <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 | 指導内容等 () |
| その他、お子さまのことで気になることがあれば記入してください | | | |

④通園歴 (過去に保育園・幼稚園・認定こども園・事業所内保育等を利用したことがある場合は記入してください。)

| 施設名 | 都道府県 | 園 | 時期 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|-----|------|---|----|---------------|
|-----|------|---|----|---------------|

⑤保育料算定等に関する確認事項

| 確認事項 | 状況 | 備考 | | |
|-------------------|---|---|--|---|
| 八幡市への転入時期 ※1 | 父 | <input type="checkbox"/> 前年の1月1日以前 | — | |
| | | <input type="checkbox"/> 前年の1月2日以降 (年 月 日) | 前年1月1日時点の居住地(市町村名:) 本年1月1日時点の居住地(市町村名:) | |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 前年の1月1日以前 | — | |
| | | <input type="checkbox"/> 前年の1月2日以降 (年 月 日) | 前年1月1日時点の居住地(市町村名:) 本年1月1日時点の居住地(市町村名:) | |
| 税金の申告状況 | 父 | <input type="checkbox"/> 源泉徴収、確定(市民税)申告 <input type="checkbox"/> 被扶養者(□母 □祖父母) <input type="checkbox"/> 未申告 | — 申告(□ 税務署 □ 市税務課) | |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 源泉徴収、確定(市民税)申告 <input type="checkbox"/> 被扶養者(□父 □祖父母) <input type="checkbox"/> 未申告 | — 申告(□ 税務署 □ 市税務課) | |
| | 世帯の状況 | | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 受給開始年月 (年 月) | — |
| | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭(婚姻歴あり) 離婚年月 (年 月) | — |
| | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭(婚姻歴なし) | — | |
| | | <input type="checkbox"/> 上記以外 | — | |
| 在宅障がい児(者)がいる場合 ※2 | <input type="checkbox"/> 該当なし | | <input type="checkbox"/> 申請書(障がい減免) <input type="checkbox"/> 手帳の写し <input type="checkbox"/> 証書の写し | |
| | <input type="checkbox"/> 入園児 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 保護者(□父 □母) | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他同居者(氏名: 続柄:) | | | |
| 兄姉の有無 | <input type="checkbox"/> 該当なし | | <input type="checkbox"/> 申請書(多子軽減) <input type="checkbox"/> 在園証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証等の写し | |
| | <input type="checkbox"/> 兄姉が保育園、こども園、公立幼稚園に就園している | | | |
| | <input type="checkbox"/> 私立幼稚園等※3に就園している兄姉がいる | | | |
| | <input type="checkbox"/> 満18歳未満の兄姉が2人以上いる | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入園児童と別世帯の兄姉がいる | | | |

※1 八幡市以外で課税されている(1月1日時点の居住地が他市町村である)場合、保育料算定等のためマイナンバーを利用して他市町村へ課税データの照会をかけます。

※2 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書を有する場合。

※3 私学助成を受けている私立幼稚園または特別支援学校幼稚部、情緒障害児短期治療施設通所部、児童発達支援又は医療型児童発達支援対象施設、地域型保育給付の対象施設(家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型事業、事業所内保育事業)に通園(通所)する場合。