

令和8年度 教育・保育給付認定申請書兼入所等申込書 (2号・3号)

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

年 月 日

浦添市長 殿

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定の申請及び保育所等の利用の申込みをします。

フリガナ											生年月日	年齢	性別	
入所申込児童名											年 月 日	※令和8年4月1日時点 歳	男・女	
個人番号														
住所・連絡先	〒 _____													
	(自宅)				(父携帯)				(母携帯)					
前年1月1日付けの住所	父	都道府県				市町村		母	都道府県				市町村	

区分	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	年齢	職業・学校名	保育を必要とする事由
	個人番号					
保護者	フリガナ	父	年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育休中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他()
	フリガナ	母	年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育休中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他()
	フリガナ		年 月 日	歳		
(申込児童及び保護者を除く) 同居している世帯員	フリガナ		年 月 日	歳		
	フリガナ		年 月 日	歳		
	フリガナ		年 月 日	歳		
	フリガナ		年 月 日	歳		
	フリガナ		年 月 日	歳		

利用希望	希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで										
	保育所等名	第1希望	左記以外の保育所(園)で空きがある場合 <input type="checkbox"/> 小学校区内のみ希望する <input type="checkbox"/> 市内全域で希望する ※小学校区内及び市内全域を希望する場合は、第1～第5希望まで全て記入してください。									
		第2希望										
		第3希望										
		第4希望										
第5希望												
【該当者のみ記入】 2人以上同時に新規申込をしている場合	<input type="checkbox"/> きょうだい全員が同時に同じ園で内定した場合のみ利用を希望する。 <input type="checkbox"/> きょうだいの全員が同時に内定できるなら、別々の園でも利用を希望する。 <input type="checkbox"/> きょうだいのうち、一人でも内定した場合は利用を希望する。											
育休延長の可否	<input type="checkbox"/> 希望する施設に入所できない場合は、育児休業延長も許容できる ※ チェックした場合、減点され他の入園希望者が優先的に案内されます。育休延長許容を取り消す場合は、「世帯状況変更届出書」を提出してください。											

以下に該当する場合は、をしてください。

<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 障がい者等がいる世帯
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

申込児童の保育状況

1	保育所等に在園中	施設名 ()
2	一時保育を利用中	施設名 ()
3	保護者が見ている (産休・育休・その他 ())	()
4	親族に預けている (具体的に	()
5	その他 (()

申込児童の発育状況

	内容	保護者記入欄
1	アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容】
	除去食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容】
	エピペンの所持	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2	持病又は病歴はありますか。 (検査中又は治療中を含む。)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [内容 (具体的に)]
	持病、疾病等により、集団保育の中で配慮することはありますか。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [内容 (具体的に)]
3	乳幼児健診において、要観察の説明がありましたか。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容】
4	関係機関から発行を受けているものを全て選択してください。	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患児手帳 <input type="checkbox"/> 指定医療費 (指定難病) 受給者証 <input type="checkbox"/> 集団保育に係る医療的所見(診断書等) <input type="checkbox"/> 発達検査結果等の発達状況に係る所見 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給証明書 <input type="checkbox"/> 通所受給者証 <input type="checkbox"/> その他()
5	入所 (園) に当たり、発達支援教育保育を希望しますか。	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 迷っている
6	入所 (園) に当たり、医療的ケアが必要になりますか。	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり

※の有無に関わらず、発育状況に関する聞き取りを個別に行う場合があります。また、申告に不備があった場合には、要相談となります。

同意書

- 1 浦添市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報 (同一世帯者を含む。) 及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して提供すること。
- 2 所得の増額が判明した場合において、前年度課税情報のときは4月に、当該年度課税情報のときは9月に遡って利用者負担額について納付すること。
- 3 特定教育・保育施設等利用に関して、翌年4月入所に向けた教育・保育給付認定申請については、教育・保育給付認定事務が集中し審査に時間を要するため、審査結果の通知が1月 (在園児に関しては2月) になること。
- 4 支給認定証及び教育・保育給付認定通知書は、教育・保育給付認定保護者の申請により交付すること (教育・保育給付認定の内容は利用者負担額決定通知により確認可能です)。

以上のことに同意します。

年 月 日

浦 添 市 長 殿

保護者氏名 _____

備考

※ 保育料の階層認定で期限内に必要な書類を提出できない場合には、仮認定を行いますので注意してください。