様式第１号（第４条関係）　　　　　　　　　　　（表面）

# 令和９年度　教育・保育給付認定申請書兼入所等申込書　（　１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幼稚園・認定こども園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９年４月１日時点<br>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 | | |

① 世帯の状況

| 区分 | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業・学校名<br>個人番号 |
|---|---|---|---|---|---|
| 保護者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 父 | 年　月　日 | 歳 | |
| 保護者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 母 | 年　月　日 | 歳 | |
| 同居している世帯員（申込児童及び保護者を除く。） | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 年　月　日 | 歳 | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 年　月　日 | 歳 | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 年　月　日 | 歳 | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 年　月　日 | 歳 | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 年　月　日 | 歳 | |

※以下に該当する場合は、☑をしてください。

☐　生活保護世帯　　☐　ひとり親世帯　　☐　障がい者等がいる世帯

② 利用を希望する期間、希望する施設（事業所）名

| 利用希望期間 | 年　月　日　から　　年　月　日　まで |
|---|---|
| 幼稚園・認定こども園名 | 幼稚園・認定こども園 |

（裏面）

③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。 | □無　□有 【内容　】 |
| | 除去食の必要性 | □無　□有 【内容　】 |
| | エピペンの所持 | □無　□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。) | □無　□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。 | □無　□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。 | □無　□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。 | □療育手帳　□精神障害者保健福祉手帳　□身体障害者手帳<br>□小児慢性特定疾患児手帳　□指定医療費（指定難病）受給者証<br>□集団保育に係る医療的所見(診断書等)<br>□発達検査結果等の発達状況に係る所見<br>□特別児童扶養手当受給証明書　□通所受給者証<br>□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。 | □希望しない　□希望する　□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。 | □必要なし　□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。

④ 同意欄

## 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。