

様式第1号-2、様式第6号

(庄原市保育所設置及び管理条例施行規則第6条関係)

(庄原市へき地保育所設置及び管理条例施行規則第5条関係)

(庄原市子ども・子育て支援法施行細則第8条関係)

保育所等利用申請書 (継続・転所)

庄原市長様

※施設型給付・地域型保育給付の支給認定及び子どものための教育・保育給付の支給に係る特定教育・保育施設等の利用申請に際して、市長が、利用料の算定に必要な申請者及び同居する親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります(子ども・子育て支援法第16条による)。

保育所の入所について、次のとおり申込みます。

年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日	連絡先①	父・母(携帯・職場)・自宅・その他
保護者氏名				連絡先②	父・母(携帯・職場)・自宅・その他
保護者住所	(〒 -) 庄原市 町			連絡先③	父・母(携帯・職場)・自宅・その他

支給認定番号		※支給認定番号が判っている場合は記入してください。 ※令和5年4月1日時点の年齢を記入してください。					
フリガナ		性別	男・女	続柄		生年月日	年 月 日
申請児童氏名	(第 子)					(歳)	

申込区分	<input type="checkbox"/> 継続申込 <input type="checkbox"/> 転所申込：現在利用中の施設・事業名() ⇒ <input type="checkbox"/> 転居を伴うため <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹同一施設・事業の利用を希望するため <input type="checkbox"/> その他			
利用開始希望日	<input type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日から	終了(希望)日	<input type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> その他(年 月 日)	
利用希望時間*	1号認定(教育認定)		2号・3号認定(保育認定)	
	<input type="checkbox"/> 教育標準時間利用(5時間) (9:00~14:00)	<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間) (7:30~18:30)	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間) (8:30~16:30)	
	平日 時 分から 時 分まで 土曜日 時 分から 時 分まで			

※1 2号・3号認定の利用時間の区分は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準に照らし合わせ、最終的に庄原市が決定します。よって、区分は希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※2 通勤時間を含んだ保育希望時間を記入してください。

【利用希望施設】

希望優先順位	希望施設・事業名*	希望優先順位	希望施設・事業名*
第1希望		第3希望	
第2希望		第4希望	

※ 希望施設・事業名は正確に記入してください。

【保育を必要とする状況】

※保育が必要な事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職中
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 妊娠(出産予定日 年 月 日)・出産
(就労等の場合)自宅から勤務先等までの時間	父	平均約 時間 分〔 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()〕
	母	平均約 時間 分〔 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()〕
特に優先的保育を必要とする理由	ひとり親の場合	<input type="checkbox"/> 離婚(年 月) <input type="checkbox"/> 死別(年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(年 月 日(頃)から【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】)
	生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当者: / 年 月 日保護開始・廃止)
	その他の理由	<input type="checkbox"/> 生計中心者の失業により、就労の必要性が高い <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれがある場合など、社会的養護が必要 <input type="checkbox"/> 子どもが障害を有する <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同一の保育所等の利用を希望する <input type="checkbox"/> 小規模保育事業などの卒園児童 <input type="checkbox"/> その他()

【裏面あり】

※庄原市記入欄

受付			備考	申込書受付印	本庁受付印
受付	入力	結果			

保育所等利用申請書 (継続・転所)

庄原市長様

※施設型給付・地域型保育給付の支給認定及び子どものための教育・保育給付の支給に係る特定教育・保育施設等の利用申請に際して、市長が、利用料の算定に必要な申請者及び同居する親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります(子ども・子育て支援法第16条による)。

保育所の入所について、次のとおり申込みます。

令和4年11月15日

フリガナ	ショウバラ シンジ	生年月日	昭和平成 60年12月25日	連絡先①	080-0000-0000 父・母(携帯)・職場・自宅・その他
保護者氏名	庄原 真司			連絡先②	090-0000-0000 父・母(携帯)・職場・自宅・その他
保護者住所	(〒727-0000) 庄原市 OO 町 XX-△			連絡先③	

申請児童は令和4年4月1日時点の年齢を記入してください。

支給認定番号	00000000	※支給認定番号が持つ場合は記入してください。 ※令和5年4月1日時点の年齢を記入してください。			
フリガナ	ショウバラ ダイチ	性別	男・女	続柄	子
申請児童氏名	庄原 大地 (第2子)	生年月日	平成29年2月9日 (5歳)		

転所を希望する場合は、申込区分の転所申込の欄に☑してください。

申込区分	<input checked="" type="checkbox"/> 継続申込 <input type="checkbox"/> 転所申込：現在利用中の施設・事業名() ⇒ <input type="checkbox"/> 転居を伴うため <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹同一施設・事業の利用を希望するため <input type="checkbox"/> その他				
利用開始希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日から	終了(希望)日	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> その他(年 月 日)		
利用希望時間※	1号認定(教育認定)		2号・3号認定(保育認定)		
	<input type="checkbox"/> 教育標準時間利用(5時間) (9:00~14:00)		<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間) (7:30~18:30)		<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間) (8:30~16:30)
	平日 8時30分から 17時00分まで		土曜日 8時30分から 15時00分まで		

※1 2号・3号認定の利用時間の区分は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準に照らし合わせ、最終的に庄原市が決定します。よって、区分は希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※2 通勤時間を含んだ保育希望時間を記入してください。

【利用希望施設】

希望優先順位	希望施設・事業名※	希望優先順位	希望施設・事業名※
第1希望	OO保育所	第3希望	□□こども園
第2希望	△△保育所	第4希望	

※ 希望施設・事業名は正確に記入してください。

希望施設・事業所名をすべて埋める必要はありません。

【保育を必要とする状況】

※保育が必要な事由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職中
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 妊娠(出産予定日 年 月 日)・出産
(就労等の場合)自宅から勤務先等までの時間	父	平均約 時間 20分 [<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()]
	母	平均約 時間 10分 [<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()]
特に優先的保育を必要とする理由	ひとり親の場合	<input type="checkbox"/> 離婚(年 月) <input type="checkbox"/> 死別(年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(年 月 日(頃)から【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有》)
	生活保護法の適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当者: / 年 月 日保護開始・廃止)
	その他の理由	<input type="checkbox"/> 生計中心者の失業により、就労の必要性が高い <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれがある場合など、社会的養護が必要 <input type="checkbox"/> 子どもが障害を有する <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同一の保育所等の利用を希望する <input type="checkbox"/> 小規模保育事業などの卒園児童 <input type="checkbox"/> その他()

【裏面あり】

※庄原市記入欄

			備考	申込書受付印	本庁受付印
受付	入力	結果			

【家庭の状況】

入所児童の保護者と兄弟姉妹(別居も含む)、及び同居している親族全員について記入してください。

区分	フリガナ 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	勤務先 又は 学校名 等	同居・ 別居の別	障害者 手帳等
申請児童の同居者	ショウバラ シンジ 庄原 真司	父	昭和 60年12月25日	36歳	〇〇建設	同・別	<input type="checkbox"/> 有
	ショウバラ リョウコ 庄原 涼子	母	昭和 61年 4月11日	35歳	〇〇病院	同・別	<input type="checkbox"/> 有
	ショウバラ セイヤ 庄原 誠也	兄	平成 22年 8月18日	11歳	△△小学校	同・別	<input type="checkbox"/> 有
	ショウバラ サクラ 庄原 咲良	妹	平成 31年 2月 1日	2歳	△△保育所	同・別	<input type="checkbox"/> 有
	ショウバラ リョウマ 庄原 龍馬	祖父	昭和 31年 3月11日	65歳		同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 有
							<input type="checkbox"/> 有

世帯内に障害者手帳等の交付を受けている者がいる場合、保育料が安くなる場合があります。手帳等の写しを添付してください。

【祖父母の状況】

		氏名	傷病	就労	申請児童との同居・別居、住所	
父方	祖父	庄原 龍馬	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	有 <input type="checkbox"/> 無	同・別	市・区 町・村
	祖母		有・無	有・無	同・別	市・区 町・村
母方	祖父	里山 祐太	有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無	同 <input type="checkbox"/> 別	〇〇県〇〇市☆☆ 市・区 町・村
	祖母	里山 純子	有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無	同 <input type="checkbox"/> 別	同上 市・区 町・村

【兄弟姉妹の同時利用申請】

該当にし、記入してください。

兄弟姉妹で利用を希望する場合の意向	①兄弟姉妹とも利用できる場合 <input checked="" type="checkbox"/> 同じ施設・事業を利用できないときは利用申請を辞退します。 <input type="checkbox"/> 希望順位より同じ施設・事業の利用を優先してほしい。 <input type="checkbox"/> 別々の施設・事業でもよいので希望順位の高い施設にしてほしい。
	②兄弟姉妹のいずれかしか利用できない場合 <input checked="" type="checkbox"/> 一部の子どもの利用の場合は利用申請を辞退します。 <input type="checkbox"/> どの子どもが先の利用で構わない。 <input type="checkbox"/> 【児童名： _____】が先の利用でないと希望しない。

【利用開始希望日に利用できなかったときの予定】

該当にし、記入してください。

<input type="checkbox"/> その他の施設・事業を利用する (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園(幼稚園部分) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業(従業員枠)	
<input checked="" type="checkbox"/> 待機	<input type="checkbox"/> 育児休暇延長 <input type="checkbox"/> 職場で保育する ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 親族が保育(保育予定者: 庄原 龍馬)
<input type="checkbox"/> 今回の利用申請を取り下げる	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	

【申請児童の状況】

身体状況等	障害者手帳の交付	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障害名 _____ 等級: _____)
	療育手帳の交付	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(A・A・B・B)
	市役所保健師等への相談	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)
	専門機関への相談 [※]	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)
	アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(内容: 生卵 _____)

※専門機関とは、療育センターや病院、こども家庭センター等のことです。