

記載例（給付認定申請書 兼 利用申込書）

幼稚園
認定こども園（教育利用）

※修正箇所があった場合は、二重線を引き記載者の訂正印で修正してください。

(1 ページ目)

◎申請日
利用（希望）園への提出日を記載してください。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

◎申請者氏名
父または母、どちらでも構いません。
また、申請者は「マイナンバー記入用紙」に番号確認書類、身元確認書類の写しを添付してください。

申請者氏名 長野 優子

1. 申請児童

(ふりがな) 氏名	生年月日、年齢 (年齢は R7.4.1 現在)	性別	障害者手帳等の有無	施設利用(入園)経験 (「有」の場合、その利用期間と利用施設名)
ながの しん 長野 慎	平成 3 年 4 月 20 日生 令和 (3) 歳	男・女	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間: 年 月 ~ 年 月 施設名: _____
支給認定証番号	※既に認定を受けている場合			

◎支給認定証番号
新規で申し込む場合、空欄です。

◎施設利用(入園)経験
入園経験がある場合のみ記入ください。
一時預かりやこども誰でも通園制度等の利用経験は記入不要です。

2. 住所と世帯の状況

申請時点住所	〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町 1613 番地				
(利用開始前に転居予定がある場合) 転居予定先住所	〒				
(ふりがな) 氏名	◎転居予定先住所 長野市内から長野市内へ転居予定の場合も記載が必要です。	手帳 無	会社名、学校(園)名等 (利用希望期間初日時点)	備考	
ながの まさき 長野 政樹	大昭 56 年 5 月 1 日生 平成 (43) 歳	父	有・無	サイまる商事 通勤時間 分 (園~就労先の片道)	同居・別居
ながの ゆうこ 長野 優子	大昭 60 年 1 月 22 日生 平成 (40) 歳	母	有・無	(株) SAIMARU 通勤時間 20 分 (園~就労先の片道)	同居・別居
ながの るい 長野 るい	大昭 28 年 8 月 8 日生 平成 (8) 歳	姉	有・無	サイ花小学校	
ながの じゅり 長野 樹里	大昭 5 年 6 月 15 日生 平成 (1) 歳	妹	有・無		
	大昭 年 月 日生 平成 () 歳		有・無		
	大昭 年 月 日生 平成 () 歳		有・無		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 理由: <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他 () 児童扶養手当受給: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未手続) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業等 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業中または育児休業明け <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同一の保育所等を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()				

3. 同居以外の兄弟

(ふりがな) 氏名	生年月日、年齢 (年齢は R7.4.1 現在)	児童との続柄	会社名、学校(園)名等 (利用希望期間初日時点)	居住地
ながの ほくと 長野 北人	平成 16 年 6 月 6 日生 令和 (20) 歳	兄	サイ雨大学	静岡 都道 島田 市区 県 町村

5. 住所の状況 (※現在の住所が長野市の場合も記入してください。)

		父	母
I	令和6年1月1日現在の住所	神奈川県 神奈川県 横浜市 市区町村	長野市 長野市 長野市 市区町村
II	令和7年1月1日現在の住所(予定)	<input type="checkbox"/> 同上 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外：千葉県 千葉県 柏市 市区町村	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外： _____ 都道府県 _____ 市区町村
III	利用申し込み後の転居予定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 長野市内へ R7 年 4 月 頃転居予定 <input type="checkbox"/> _____ 市区町村 へ _____ 年 _____ 月頃転居予定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 長野市内へ _____ 年 _____ 月 頃転居予定 <input type="checkbox"/> _____ 市区町村 へ _____ 年 _____ 月頃転居予定

◎利用を希望する形態
 A：保育を必要とする理由が父母どちらかにない。(1号または新1号認定を受ける。)
 B：保育を必要とする理由が父母ともにあり、預かり保育を利用する。(新2・3号認定を受ける。)
 ▶詳しくは、「利用のご案内(教育)」9ページをご覧ください。

6. 利用を希望する形態、期間

利用を希望する形態	<input checked="" type="checkbox"/> A	幼稚園・認定こども園(教育利用)	預かり保育の無償化を受ける (9保育の必要理由 父母どちらかなし)	14 を記入 (施設から指示があった場合は7も記入)
	<input checked="" type="checkbox"/> B		預かり保育の無償化を受ける (9保育の必要理由 父母いずれもあり)	9、14 を記入 (施設から指示があった場合は7も記入)
	<input type="checkbox"/> C	保育所・認定こども園(保育利用)・地域型保育事業		7～11、育休復帰を理由の場合は12、きょうだい同時申込の場合は13を記入
	<input type="checkbox"/> D	企業主導型保育事業・認可外保育施設等		9、14 を記入
利用を希望する期間		令和 7 年 4 月 1 日 から 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで <input checked="" type="checkbox"/> 卒園まで		

7. 申請児童の心身発達及びアレルギーについて

児童の心身発達・疾患	発達や慢性的な疾患等で受診、相談している病院や施設はありますか	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(「有」の場合は以下にその内容を記入してください。)	
	・病院、施設名 [_____] ・診断名 [_____]	
	医療的ケア	◎申請児童の心身発達及びアレルギーについて 利用(希望)施設からの指示があった場合は記入してください。
	1. 痰の吸引 2. 経管栄養	[_____]
	心配なことはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(「有」の場合は以下の該当する番号に○をして、その内容を記入してください。)
1. 運動面 2. 情緒面 3. ことばの発達 4. 対人面 5. 身体面 6. 医療的ケア 7. その他 [_____]		
内容 [_____]		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(「有」の場合は以下にその内容を記入してください。)	
	アレルギーの原因はなんですか	<input type="checkbox"/> 食べ物 食品名 [_____] アレルギー除去食の提供 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
	かかりつけの病院	病院名 [_____]

◎保育を必要とする理由

6.利用を希望する形態 で「B」を選択した場合、記入が必要です。

9. 保育を必要とする理由 (※保育の認定を受ける場合は、両親のいずれも保育を必要とする理由が必要となります。)

理由	就労	妊娠出産	疾病障害	看護介護	災害復興	求職活動	就学	虐待やDVのおそれ	その他
父	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
母	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

14. 利用をしている(予定を含む)施設(園)名

利用(予定)施設(園)名	サイまるこども園
--------------	----------