様式第１号（第４条関係）

（宛先）大洲市長　様
施設管理者　様

令和９年度
教育・保育給付認定（現況）申請書
兼入所（園）申込書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

番号確認	□個人番号カード　□住民票 □その他（　　）
本人又は代理人確認	□運転免許証　□個人番号カード □その他（　　）
確認日	．　．	確認者	

子ども・子育て支援法第20条基づく教育・保育給付認定及び特定教育・保育施設等の利用について申請します。また、認定に必要な課税情報、世帯情報の閲覧及び利用者負担額を特定教育・保育施設等に提示することに同意します。なお、虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、利用を解除されても異議はありません。

保護者（申請者）氏名
（自署）

新規　・　継続　・　転園

現在の利用施設名

申込日　令和　　年　　月　　日

児童の氏名	フリガナ		生年月日	令和　　年　　月　　日 （令和9年4月1日時点の年齢　　歳）	性別	
	氏　名					男・女
			個人番号			
保護者	フリガナ		居住地	〒　　－		
	氏　名					
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	児童との続柄		電話番号	（父連絡先） （母連絡先） （自宅）
	個人番号					

令和8年1月1日現在の住所	父	□大洲市内　□大洲市外　（　　県　　市・区・町・村　）
	母	□大洲市内　□大洲市外　（　　県　　市・区・町・村　）
令和9年1月1日現在の住所	父	□大洲市内　□大洲市外　（　　県　　市・区・町・村　）
	母	□大洲市内　□大洲市外　（　　県　　市・区・町・村　）
保育の希望の有無（〇で囲む）	有	保護者の労働又は疾病等の理由により保育の利用を希望する場合[2,3号]　→①～⑤、問に記入
	無	幼稚園、こども園(幼稚園籍)の利用を希望をする場合[1号]　→①、③、⑤に記入

①世帯の状況（申請児童以外の同居の家族等を記入してください。）

※申請時点での状況を記入

		フリガナ 氏　名	続柄	個人番号 生年月日	年齢	就労・通学・通園先又は単身赴任先の名称	要介護認定又は障害者手帳
保護者	1			※上記に記入した保護者			□ 有
	2			個人番号 昭和 平成　　年　　月　　日			□有
保護者以外の同居の家族等	3			平成　令和 昭和　大正　　年　　月　　日			□有
	4			平成　令和 昭和　大正　　年　　月　　日			□有
	5			平成　令和 昭和　大正　　年　　月　　日			□ 有
	6			平成　令和 昭和　大正　　年　　月　　日			□有

生活保護適用の有無	□ 有　（　　年　　月　　日から適用）　□ 無
ひとり親家庭等証明の有無	□ 有　（児童扶養手当受給者証・ひとり親家庭医療費受給者証・その他）　□ 無

②祖父母の状況

※同居の場合は、住所記入不要

		氏　名	年齢	就労	勤務先	申込児童と同居・別居の別及び住所	
父方	祖父			有・無		同居・別居	
	祖母			有・無		同居・別居	
母方	祖父			有・無		同居・別居	
	祖母			有・無		同居・別居	

③利用を希望する期間、施設名等

利用を希望する期間		施設名		左記の施設を希望する理由
令和　　年　　月　　日		第１希望		□ 自宅に近い　□ 勤務先に近い　□ 通勤経路 □ きょうだいが入所中　□ その他（　　）
□ 小学校入学まで		第２希望		□ 自宅に近い　□ 勤務先に近い　□ 通勤経路 □ きょうだいが入所中　□ その他（　　）
□ 令和　　年　　月　　日		第３希望		□ 自宅に近い　□ 勤務先に近い　□ 通勤経路 □ きょうだいが入所中　□ その他（　　）
利用を希望する曜日	□月 □火 □水 □木 □金 □土		利用を希望する時間	平日　：　から　：　まで 土曜日　：　から　：　まで

（　□1号　□2号　□3号　／　□教育標準　□保育標準　□短　）

④保育を必要とする理由等

理由		母親の状況		父親の状況	
該当する□に✓		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい □介護、看護等　□災害復旧　□求職活動 □就学　□虐待・DV　□その他（　　）		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい □介護、看護等　□災害復旧　□求職活動 □就学　□虐待・DV　□その他（　　）	
※上記で☑した欄に記入してください。					
就労	就労種別	□ 居宅外労働 □ 自営⇒［□ 自宅［□ 中心者／□ 協力者］／□ 自宅以外［□ 中心者／□ 協力者］］ □ 内職［□ 農業・漁業］		□ 居宅外労働 □ 自営⇒［□ 自宅［□ 中心者／□ 協力者］／□ 自宅以外［□ 中心者／□ 協力者］］ □ 内職［□ 農業・漁業］	
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 自動車・ ＪＲ ・ その他（　　）	通勤手段	徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 自動車・ ＪＲ ・ その他（　　）
		通勤時間	約　　分（往復時間を記入して下さい。）	通勤時間	約　　分（往復時間を記入して下さい。）
妊娠・出産（申請時点）		□ 有　（出産予定日）　　年　　月　　日 育児休業を取得する予定　□ 有　□ 無		育児休業を取得する予定　□ 有　□ 無	
疾病・障がい等		（疾病・障がい名）　（手帳交付） □ 有　□ 無		（疾病・障がい名）　（手帳交付） □ 有　□ 無	
介護・看護	被介護者名	（児童との続柄：　　）		（児童との続柄：　　）	
	傷病・障がい名 手帳の種類・等級				
	受診等の状況	□ 入院中　□ 通院（月・週　　回） 施設名（　　）		□ 入院中　□ 通院（月・週　　回） 施設名（　　）	
災害復旧		災害の状況：		災害の状況：	
求職活動等		活動の内容：		活動の内容：	
就学	通学手段・時間	通学手段	徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 自動車・ ＪＲ ・ その他（　　）	通学手段	徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 自動車・ ＪＲ ・ その他（　　）
		通学時間	約　　分（往復時間を記入して下さい。）	通学時間	約　　分（往復時間を記入して下さい。）
	学校名				
	期　間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日		令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日	

⑤対象となる児童の状況（現状）

※該当する番号等に○をつけてください。

現在の状況	健康状態			
1 家にいる（保育をしている人　続柄：　　） 2 一時預かりを利用 （利用施設：　　月平均利用日数　　日） 3 保育所、幼稚園等の教育・保育施設に在籍 （施設名：　　） 4 認可外保育所等に在籍（施設名：　　）	良 ・ 否（病気名等　　）			
	障がい	無 ・有	障がい名	
	身体障害者手帳	無 ・有	相談・治療機関名（　　）	
	療育手帳	無 ・有	アレルギー	不明・無・有 （内容）

※新規申請の場合のみ記入

問　該当する場合、それぞれ１つに☑をつけてください。

①きょうだいで利用を希望する場合、
- □　きょうだいと同じ保育施設が利用できるまで待つ。
- □　きょうだいで異なる保育施設等でも利用したい。

②希望する月から利用できない場合、　（通知：要・不要）
- □　入所(園)できるまで待つ。
- □　今回の申込みを取り下げる。

③希望する上記の施設が利用できない場合、
- □　希望施設以外は入所(園)を希望しない。

※施設記載欄（施設・事業者を経由して提出する場合）

受付年月日	令和　　年　　月　　日
施設(事業者)名	