

八王子市長 殿

平成31(2019)年度 支給認定申請書兼保育施設利用申込書  
(施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書)

番号		受付者	
事務処理欄	来庁者	本人	配偶者 その他( )
	番号確認	済	未 記載なし
	代理	委任状有り	委任状無し
	身元確認書類	番号カード	免許証 パスポート 未
	下段:2点以上	保険証 住民票	その他( )

次のとおり支給認定の申請と保育施設の利用を申し込みます。

市が利用調整や支給認定に必要な住民税課税台帳、児童扶養手当受給状況、生活保護受給状況、世帯情報等をマイナンバーを利用し閲覧すること及び利用者負担額(保育料)及び当該支給認定に係る情報について、保育施設に対して提示することに同意します。

保護者氏名

印

利用希望期間		年 月 ~ 小学校入学まで(病気治癒・介護終了・就学修了・出産予定日の2か月後)の月末まで				受付印	
保護者 (保育料納付義務者)	住所	〒 ー 八王子市					
	氏名			電話	自宅 ー ー		
	マイナンバー			番号	父 ー ー 母 ー ー		
児童	フリガナ			続柄	男・女		
	氏名				男・女		
	マイナンバー						
	生年月日 (平成31.3.31現在の年)	. . (歳)		. . (歳)		. . (歳)	
	申込項目	新規・転園・実施替・市外		新規・転園・実施替・市外		新規・転園・実施替・市外	
現在の保育状況 (該当区分に印を記入)	<input type="checkbox"/> (父・母)が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> 職場保育(有料・無料) <input type="checkbox"/> 保育施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> (父・母)が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> 職場保育(有料・無料) <input type="checkbox"/> 保育施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> (父・母)が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> 職場保育(有料・無料) <input type="checkbox"/> 保育施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
希望保育施設名	第1希望	見学(未・済)		見学(未・済)		見学(未・済)	
	第2希望	見学(未・済)		見学(未・済)		見学(未・済)	
	第3希望	見学(未・済)		見学(未・済)		見学(未・済)	
	第4希望以降 (順位を付けて記入)						
兄弟で申込みをする場合の希望条件		①同時に同じ保育施設の入園のみを希望する。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 1人だけでも入園を希望する <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 同時に入園できれば別々の保育施設でも入園を希望する					
		②上記で「いいえ」を選択した場合 全員が同時にいくつかの園に入園できる場合 <input type="checkbox"/> 希望順位が下位でも同じ保育施設を希望する <input type="checkbox"/> 各児童ごとの希望順位での利用を希望する					
		<注意> ①で「同時に同じ保育施設の入園のみを希望」または、「同時に入園できれば別々の保育施設でも入園を希望」を選択した場合 ⇒申込児童のうち1人が入園可能でも他の児童が入園できなければ全員が保留となります。					
同居者 ※申込児童以外	フリガナ	氏名		続柄	生年月日	年齢 (平成31.3.31現在)	職業・在籍施設 (児童は保育園・幼稚園名等)
	①世帯分離等に関わらず、同一住所に居住している場合は記入			父	. .		
				母	. .		
					. .		
					. .		
②生計を同一にしている単身赴任等の父母や税法上の被扶養者は、同居していなくても記入 なお、名前の後に(別居)と記載し、職業欄に住所を記入				. .			
				. .			
				. .			
				. .			

# 家庭状況票

◎保育を必要とする事由を○で囲み、右欄に内容等を記入して下さい。

父親		母親	
事由	内容	事由	内容
就労	勤務先名称： 連絡先： 就労時間： 時 分～ 時 分 育児休業： . . まで取得中	就労	勤務先名称： 連絡先： 就労時間： 時 分～ 時 分 育児休業： . . まで取得中
求職※	1求職活動中 2就労内定有： . . 開始予定	求職※	1求職活動中 2就労内定有： . . 開始予定
出産	/	出産	1分娩予定日： . . 予定 2 出 産 日： . .
疾病	傷 病 名： 病 院 名： 区 分：入院・通院(日数:週・月 日) 上記の期間： . . ~ . .	疾病	傷 病 名： 病 院 名： 区 分：入院・通院(日数:週・月 日) 上記の期間： . . ~ . .
障害	障 害 名： 等 級： 種 級、 度	障害	障 害 名： 等 級： 種 級、 度
介護	氏 名： 続 柄： 傷病・障害名： 等 級： 種 級、 度 介 護：同居・別居 介護の頻度：常時・週5日以上・週3日以上	介護	氏 名： 続 柄： 傷病・障害名： 等 級： 種 級、 度 介 護：同居・別居 介護の頻度：常時・週5日以上・週3日以上
就学	就学の内容：通学制・通信教育課程 学 校 名 称： 就 学 期 間： . . ~ . .	就学	就学の内容：通学制・通信教育課程 学 校 名 称： 就 学 期 間： . . ~ . .
不存在	理 由：離婚・未婚・離婚調停別居中 死亡・遺棄・その他( ) 時 期： . .	不存在	理 由：離婚・未婚・離婚調停別居中 死亡・遺棄・その他( ) 時 期： . .

※ハローワークの登録証等のコピーの提出がない場合は、求職活動休止中となります。

◎希望の保育認定必要量を、○で囲んでください。

希望の保育認定必要量	保育標準時間(最大11時間)	保育短時間(最大8時間)
------------	----------------	--------------

注) 保育を必要とする事由及び、同時に提出していただく必要書類によっては、御希望のとおりとならない場合があります。

祖父母の状況	続柄		氏名・生年月日	住所	電話番号
	父方	祖父	T・S・H 年 月 日	住所	不存在
祖母		T・S・H 年 月 日	住所	不存在	
母方	祖父	T・S・H 年 月 日	住所	不存在	
	祖母	T・S・H 年 月 日	住所	不存在	

## 同意書

下記項目内容を確認、承諾の上✓を付けてください。

※該当しない項目についても✓を付けてください。

No.	項目	承諾しました。
1	申込書及び添付書類の記載内容が事実と異なる場合は、入園決定を取り消すことがあります。なお、この場合においては、入園決定取消しの異議申立て等はありません。	<input type="checkbox"/>
2	利用調整は、申込み締切日までに提出された書類により行います。締切日後に提出された書類は、次回審査から考慮します。	<input type="checkbox"/>
3	希望するすべての保育施設について、見学等により保育内容（保育方針、慣らし保育、開所時間、延長保育等）を確認、納得したうえで申込みをしていただきます。	<input type="checkbox"/>
4	指定された期日までに、保育の必要性を証明する書類及び利用者負担額を算定するために必要な書類を提出していただきます。なお、特別な理由がなく提出しなかった場合は、入園決定を取り消されても異議申立て等はありません。	<input type="checkbox"/>
5	保育の必要性を証明する書類（在職証明書等）の提出がない場合は、「求職活動」の指数を適用します。	<input type="checkbox"/>
6	在職証明書の証明内容について、事実と相違がないことを確認しました。	<input type="checkbox"/>
7	保育の必要性を確認するため、勤務先等へ勤務内容等を照会することがあります。	<input type="checkbox"/>
8	食物アレルギーや宗教上の理由などにより制限されている食物がある場合は、お子様と一緒にすべての希望施設を見学し、受入れ態勢を確認したうえで申込みをしていただきます。確認していない場合は、入園できない場合があります。	<input type="checkbox"/>
9	障害児や特別な配慮が必要な場合は、お子様と一緒にすべての希望施設を見学し、受入れ態勢を確認したうえで申し込みをしていただきます。確認していない場合は、入園できない場合があります。	<input type="checkbox"/>
10	利用調整及び決定時に、世帯情報（住所、電話番号、支給認定に係る情報等）や申込児童の状況を希望施設（入園後については、入園施設）へ情報提供します。	<input type="checkbox"/>
11	[出産事由で申込む方] 出産事由の在園期間は出産予定日の2か月後が含まれる月の末日となります。再度入園を希望する場合は、改めて申込みが必要となります。	<input type="checkbox"/>
12	[転園申込む方] 転園は、決定と同時に在園中の保育施設に他の児童の入園が決定します。したがって、いかなる理由があっても在園中の保育施設へ戻ることはできません。	<input type="checkbox"/>
13	[2人以上同時に申込む方] 「同時に同じ保育施設の入園のみを希望する」または、「同時に入園できれば別々の保育施設でも入園を希望する」を選択した場合、申込児童のうち1人が入園可能でも、他の児童が入園できなければ全員が保留となります。 なお、「1人だけでも入園を希望する」を選択した方で、1人だけ入園決定となった場合、就労等の在園要件を満たさなければ退園となります。	<input type="checkbox"/>

No.	項目	承諾しました。
14	[求職活動中、内定又は月 48 時間未満の就労で申込み方] 入園後 3 か月以内に就労を開始し、在職証明書を提出することで、引き続き在園することが可能になります。入園した月の翌々月 15 日までに、「在職証明書」の提出がない場合は、入園した月の翌々月末日をもって退園となります。	<input type="checkbox"/>
15	[育児休業中で申込み方] 入園決定となった場合は入園決定月の末日までに職場復帰していただきます。復帰後の勤務内容については、原則として提出していただいた在職証明書の内容での復帰をしていただきます。なお、申込児童のための育児休業だけでなく、申込児童以外のための育児休業であったとしても職場復帰となります。期日までに職場復帰しなかった場合は退園となります。	<input type="checkbox"/>
16	[市外保育施設を申込み方] 希望保育施設のある市区町村に提出締切日と必要書類を確認のうえ、申込みをしてください。	<input type="checkbox"/>
17	[入園決定後の育児休業期間中の特例保育について] 第二子以降の出産で育児休業を今後取得するときは「育児休業証明書」及び「支給認定変更申請書」を提出してください。なお、育児休業期間中は短時間認定となります。また、転居により通園が著しく困難になる等やむを得ない事情がないにもかかわらず転園申込みを行い決定した場合、No.15 と同様に職場復帰していただきます。	<input type="checkbox"/>
18	独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度へ加入している保育施設の場合は、入園決定児童が災害共済給付制度へ加入します。※保険料は、市が負担します。	<input type="checkbox"/>
19	自己都合により 1 か月以上登園しない月がある場合や、登園日数が著しく少ない月が続いた場合は、退園となります。	<input type="checkbox"/>
20	保育の必要性を確認できる書類の提出がない場合、短時間認定となります。	<input type="checkbox"/>
21	家庭的保育（保育ママ）など 8 時間開所の保育施設に入園決定した場合は、短時間認定となり、原則として最大 8 時間の利用となります。	<input type="checkbox"/>
22	入園決定後、利用者負担額（保育料）算定に必要な書類を指定した期日までに提出しない場合は、退園となります。	<input type="checkbox"/>
23	利用者負担額（保育料）は原則、口座振替で納入していただきます。入所決定後、すみやかに所定の用紙で口座登録を行い、口座振替が開始されるまでは、納入通知書で納入してください。	<input type="checkbox"/>
24	保育園に在園中の児童がいて、申込児童が入園決定となった場合は、既に口座振替登録をしている口座から利用者負担額（保育料）を引き落としします。	<input type="checkbox"/>
25	保育料は、納入期日までに滞りなく全額納入していただきます。納期限を過ぎた場合は、法令に基づいた勤務先への照会や差押え等の強制執行が行なわれます。	<input type="checkbox"/>

以上の項目について、承諾しました。

年 月 日 保護者氏名

㊞

## 家庭状況に関する提出書類等確認表

下記項目について、「はい」「いいえ」のいずれかに✓をつけてください。

区分	No.	項目	はい	いいえ	「はい」の場合に必要な書類等
世帯	1	平成30年1月1日現在、八王子市に住民登録がありませんでした。(市外在住だった。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成30年度市民税課税(非課税)証明書 (利用希望期間が9月以降の場合不要)
	2	平成31年1月1日現在、八王子市に住民登録がありませんでした。(市外在住だった。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成31年度市民税課税(非課税)証明書※市町村によって異なりますが、平成31年6月頃から発行可能となります。 ※4月～6月入園の申込みの場合、平成31年6月14日までにご提出ください。7月以降の入園申込みの場合、入園希望月の申込み締切日までにご提出ください。
	3	マイナンバーを記載しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	★番号確認書類及び身元確認書類の提出もしくは確認が必要となります。
	4	生活保護世帯ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	担当ケースワーカー名を記入してください。( ) マイナンバーを活用し、市で確認させていただきます。
	5	生計中心者は失業中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	離職票または退職証明書
	6	夫婦は別居をしていて、離婚調停中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	離婚調停等をしていることがわかる書類(調停の呼出状等) ※住民票を動かしていない場合は「別居の申立書」も必要となります。
保護者	7	①居宅内労働をしていますか。 ②介護・看護をしていますか。 ③就学中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	スケジュール表の提出が必要となります。 ※③については時間割等カリキュラムのわかる書類でも可
	8	保護者が個人事業主で、青色申告をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No.1及び2が「いいえ」だった場合、提出書類はありませんが、「はい」だった場合、提出が必要な市民税(非課税)証明書と同年度の青色申告書のコピーの提出が必要となります。 非課税の場合、青色申告の有無を確認させていただきます。
	9	保護者の方に、障害がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	提出書類はありません。 ※マイナンバーを活用し、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳の情報を市で確認させていただきます。
	10	妊娠していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	母子手帳のコピー(保護者の氏名と分娩予定日がわかるページ) 分娩予定日 平成 年 月 日
児童	11	世帯に、障害があるお子様がいますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お子様の通院日数が記入された診断書の原本又は国民年金の障害基礎年金の受給証書のコピー等の提出が必要となります。 ※身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、通所受給者証、特別児童扶養手当の受給者である場合はマイナンバーを活用し、市で確認させていただきます。 対象子ども氏名( )
調査	12	夜間(21時以降)保育の希望がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※夜間保育に関するニーズ量調査です。夜間保育の希望時間を記入してください。( 時 分～ 時 分)

★番号確認書類・・・個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写し等  
身元確認書類・・・㊷もしくは㊸

㊷顔写真付き身分証明書(個人番号カード、運転免許証等) 1点

㊸顔写真無し身分証明書(保険証、住民票、年金手帳など) 2点以上

# 子ども状況票

お子さまの状況について、正確に記入してください

お子様の氏名				
発 育 状 況	首のすわり	か月頃 ・ 未	か月頃 ・ 未	か月頃 ・ 未
	歩行開始	才 か月頃・未	才 か月頃・未	才 か月頃・未
	気になること	無し ・ 有り 視覚・聴覚・言語・運動能力 知的能力・その他 ( )	無し ・ 有り 視覚・聴覚・言語・運動能力 知的能力・その他 ( )	無し ・ 有り 視覚・聴覚・言語・運動能力 知的能力・その他 ( )
健 康 状 態	慢性疾患	無し ・ 有り 病名 ( ) 薬名 ( ) 服薬 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 )	無し ・ 有り 病名 ( ) 薬名 ( ) 服薬 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 )	無し ・ 有り 病名 ( ) 薬名 ( ) 服薬 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 )
	けいれん	無し ・ 有り 歳頃 回 ( 高熱時・平熱時・その他 )	無し ・ 有り 歳頃 回 ( 高熱時・平熱時・その他 )	無し ・ 有り 歳頃 回 ( 高熱時・平熱時・その他 )
	アトピー性皮膚炎	無し ・ 有り 服薬・塗布 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) 薬名 ( )	無し ・ 有り 服薬・塗布 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) 薬名 ( )	無し ・ 有り 服薬・塗布 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) 薬名 ( )
	アレルギー	無し ・ 有り 卵・牛乳・そば・大豆・小麦 その他 ( )	無し ・ 有り 卵・牛乳・そば・大豆・小麦 その他 ( )	無し ・ 有り 卵・牛乳・そば・大豆・小麦 その他 ( )
	医師の指示書	無し ・ 有り	無し ・ 有り	無し ・ 有り
医 院 機 関 等 へ の 通 院 相 談 を 含 む	傷病名			
	通院 (通所) 施設名称	<input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	通院 (通所) 回数	(週・月) 回	(週・月) 回	(週・月) 回
障 害	障害者手帳	無し ・ 有り 障害者手帳 級 愛の手帳 度	無し ・ 有り 障害者手帳 級 愛の手帳 度	無し ・ 有り 障害者手帳 級 愛の手帳 度
経 験	集団保育	無し ・ 有り 施設名 ( )	無し ・ 有り 施設名 ( )	無し ・ 有り 施設名 ( )
<p>●健診・検査結果や発達の状況 (身体、知的・言葉など) について気になる点または宗教上などの理由により制限されている食べ物がありましたら具体的に記入してください。</p>				
<p>障害や発達の遅れ、アレルギーなど、児童の状況によっては入園できない場合があります。事前に保育施設の見学をしてください。障害や発達の遅れなどを確認するために入園後、市による巡回発達相談を実施する場合があります。</p>				