

【申請にあたっての同意事項】

※子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、申請者や同居親族の住民記録情報、税情報(マイナンバーを用いた情報連携を含む)、その他認定、入所、保育会すること
※申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者に提供すること
※認定審査のために、申請児童の保護者の雇用主などの関係者に照会を行うこと
※申請内容に虚偽(提出書類の偽造・改ざん等含む)があった場合は、給付認定の取り消し、退所となる場合があること
※必要書類を期限までに提出すること

記入例

※消えるペンは無効

以上のことについて同意し、次のとおり申込み・申請します。

愛川町長 あて

※該当する□にレ点をしてください

申込・申請日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

①申込・申請に係る児童

フリガナ	アイカワ タロウ	性別	☒ 男	生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	令和8年4月1日時点の年齢	〇 歳	障害者手帳等*	☐ 有
児童氏名	愛川 太郎								

②保育の利用希望について

希望施設	第1希望	〇〇園	申込方法	☐ 転園申込
	第2希望	〇〇園		
	第3希望	〇〇園	必要とする保育時間	
希望利用期間	☒ 令和 8 年 4 月 1 日	☒ 小学校就学前	申込期日を確認のうえ、入所希望月を記載してください。	
	☐ 令和 年 月 日	☐ 令和 年 月 日		
保育の必要量	☐ 保育標準時間(8時間以上(最大11時間)の利用) ☐ 保育短時間(施設等の定める時間帯で8時間以内の利用)			
土曜保育	☐ 要(月 日程度)	☐ 不要	土曜保育必要時間	

③保護者等について

※続柄は①の児童が基準です。 ※同居

フリガナ	申請保護者(児童の主たる生計者)		続柄	申請保護者の配偶者(ひとり親家庭は記入不要)		続柄
氏名	アイカワ チチタロウ			アイカワ ハハコ		
	愛川 父太郎		父	愛川 母子		母
生年月日(年齢)	昭和 〇 年 〇 月 〇 日(〇 歳)		障がい者手帳等*	☐ 有	昭和 〇 年 〇 月 〇 日(〇 歳)	障がい者手帳等*
				☐ 有		
1月1日時点の住所(都道府県及び市区町村名を記入)	昨年1月1日住所		今年1月1日住所	昨年1月1日住所		今年1月1日住所
	☒ 愛川町		☒ 愛川町	☒ 愛川町		☒ 愛川町
	☐ 愛川町外()		☐ 愛川町外()	☐ 愛川町外()		☐ 愛川町外()
電話番号連絡先	〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇		〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇			
	【どちらか選択してください】 町からの連絡は、 ☐ 申請保護者 ☒ 配偶者 ☐ その他() にまずは連絡してほしい。					
住所	〒 243 - 〇〇〇〇 愛川町半原〇〇〇〇			☒ 申請保護者と同居 ☐ 申請保護者と別居(住所:)		
別居の理由 ※該当者のみ	☐ 離婚前提別居(離婚調停: ☐ 有 ☐ 無) ☐ 単身赴任 ☐ その他()					
国籍 ※外国籍の方のみ						
ひとり親家庭の場合 ※該当者のみ	☐ 離婚(年 月 日) ☐ 死別(年 月 日)					
生活保護の受給 ※該当者のみ	☐ 有(年 月 日より受給 担当者:) 該当の方は生活保護受給者証の写しを合わせてご提出ください。					

④世帯の状況 (①児童と③保護者等を除く、同居者を全て記入してください。)

フリガナ氏名	続柄	生年月日	年齢 R8.4.1 現在	勤務先・通学先・通園先の名称 別居先住所等	障害者
アイカワ ソフタロウ					
愛川 祖父太郎	祖父	昭和〇年 〇 月 〇 日	〇〇歳		
アイカワ ソボコ					
愛川 祖母子	祖母	昭和〇年 〇 月 〇 日	〇〇歳		
アイカワ アネコ					
愛川 姉子	姉	平成〇年 〇 月 〇 日	〇〇歳	〇〇小学校	☐ 有
アイカワ オトウトタロウ					
愛川 弟太郎	弟	令和〇年 〇 月 〇 日	〇〇歳		☐ 有
		年 月 日	歳		☐ 有

* 障害者手帳等: 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保険福祉手帳、特別扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金(いずれも在宅の場合に限る)

⑤保育を必要とする事由

保育を必要とする事由	父								母								
	就労		求職活動	就労内定	疾病・障がい	看護・介護	通学	その他	就労		求職活動	就労内定	疾病・障がい	看護・介護	通学	妊娠・出産	その他
	居宅外	居宅内							居宅外	居宅内							
○を記入→	○								○								

⑥保育を必要とする事由の詳細（⑤に○を記入した事由の詳細を記入してください）

		父		母		
就労	勤務先名称	(株)○○				
	就労日数	1月あたり 20 日		1月あたり 10 日		
	就労時間(主な時間)	8時 30分 ~ 17時 30分		9時 30分 ~ 15時 30分		
	仕事の内容 ※具体的に(例)事務職、営業職 等	会計事務		食品販売		
	通勤手段	☒ 自動車 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ その他 ☐ 電車→最寄駅()駅までの移動手段 (☐ 自動車 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ その他)		☐ 自動車 ☒ 自転車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ その他 ☐ 電車→最寄駅()駅までの移動手段 (☐ 自動車 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ その他)		
	自宅からの通勤時間 ※送迎時間含まず	片道 () 時間 () 分		片道 () 時間 () 分		
	育児休業取得状況	☒ 無 ☐ 有 ☐ 予定 (取得年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日) ※該当者は、□「育児休業からの復職に関する申立書」を提出		☐ 無 ☒ 有 ☐ 予定 (取得年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日) ※該当者は、□「育児休業からの復職に関する申立書」を提出		
求職活動/内定	求職活動	☐ 「求職活動等に関する申立書」を提出		☐ 「求職活動等に関する申立書」を提出		
	就労内定	☐ 「就労先内定に関する申立書」を提出		☐ 「就労先内定に関する申立書」を提出		
疾病・障がい	疾病・障がい名					
	手帳の種類・等級	☐ 無 ☐ 有(手帳名: 級)		☐ 無 ☐ 有(手帳名: 級)		
介護・看護	被介護者(被看護者)の情報	氏名				
		生年月日	年 月 日生		年 月 日生	
		申請児童との関係				
		疾病・障がい名				
		手帳の種類・等級	☐ 無 ☐ 有(手帳名: 級)		☐ 無 ☐ 有(手帳名: 級)	
		介護保険	☐ 無 ☐ 有(□要介護: □要支援:)		☐ 無 ☐ 有(□要介護: □要支援:)	
通学	学校(機関)名					
	在学(在籍)期間	年 月 日		年 月 日		
	自宅からの通学時間	片道() 時間				
妊娠・出産	産後の予定		☐ 就労 ☐ 育児休業取得 ☐ 家庭保育 ☐ その他()			
その他(災害の復旧等)						

⑦祖父母の状況 ※亡くなっている場合や全く交流がない場合は、氏名欄に「死亡」「交流なし」「不明」等を記入してください。

		氏名	生年月日	申請児童との同居・別居(別居の場合の住所)
父方	祖父	愛川 祖父太郎	昭和○年 ○月 ○日(○歳)	☒ 同居 ☐ 別居(住所:)
	祖母	愛川 祖母子	昭和○年 ○月 ○日(○歳)	☒ 同居 ☐ 別居(住所:)
母方	祖父	死亡	年 月 日(歳)	☐ 同居 ☐ 別居(住所:)
	祖母	交流なし	年 月 日(歳)	☐ 同居 ☒ 別居(住所: 神奈川県○○市○○1-1)

※以下は愛川町子育て支援課記入欄

受付日	令和 年 月 日	提出	書送付(連絡日 月 日)	受付担当者
後日提出書類	☐ なし ☐ あり (内容: 期日:)			後日書類担当者
きょうだい同時申込	☐ なし ☐ あり ※マイナンバー届出書は(児童名:) (年度当初年齢: 歳) (第一希望施設名:)に添付			
その他				