

【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、保育料決定などに必要な情報について愛川町が照会すること
 ※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

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

申込・申請日	令和	年	月	日
--------	----	---	---	---

①申込・申請に係る児童

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	平成 年 月 日 令和	令和6年4月1日時点の年齢	障害者 手帳等*
児童氏名						歳	<input type="checkbox"/> 有

②保育の利用希望について

(該当する□にレ点をしてください)

希望施設	第1希望	理由: <input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近いため <input type="checkbox"/> その他()
	第2希望	理由: <input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近いため <input type="checkbox"/> その他()
	第3希望	理由: <input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近いため <input type="checkbox"/> その他()
希望利用期間	<input type="checkbox"/> 令和6年4月1日 ~ <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 小規模保育施設卒園まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 末日まで	
保育の必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(8時間以上(最大11時間)の利用) <input type="checkbox"/> 保育短時間(施設等の定める時間帯で8時間以内の利用)	
希望利用日・時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (第1・2・3・4・5、月 回) 平日: 時 分 ~ 時 分 / 土曜日: 時 分 ~ 時 分 ※施設等の開所時間及び保育短時間の預かり時間を確認して記入してください。 ※実際の預かり時間は施設との調整により決定します。施設等の状況により、利用できない場合もあります。	

③保護者等について

※続柄は①の児童が基準です。 ※同居している内縁の配偶者は、「申請保護者の配偶者」の欄に記入してください。

	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
フリガナ						
氏名						
生年月日(年齢)	年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 障がい者 手帳等*	<input type="checkbox"/> 有	年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 障がい者 手帳等*	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 愛川町 <input type="checkbox"/> 愛川町外()	<input type="checkbox"/> 愛川町 <input type="checkbox"/> 愛川町外()		<input type="checkbox"/> 愛川町 <input type="checkbox"/> 愛川町外()	<input type="checkbox"/> 愛川町 <input type="checkbox"/> 愛川町外()	
電話番号 連絡先	—		—	【どちらか選択してください】町からの連絡は、 <input type="checkbox"/> 申請保護者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他: () にまずは連絡してほしい。		
住所	〒 243 - 愛川町			<input type="checkbox"/> 申請保護者と同居 <input type="checkbox"/> 申請保護者と別居(住所:)		
別居の理由 ※該当者のみ	<input type="checkbox"/> 離婚前提別居(離婚調停: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 証明書等: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()			「別居の理由」欄を記入してください。		
ひとり親家庭の場合 ※該当者のみ	<input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 死別(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他()					
生活保護の受給 ※該当者のみ	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日より受給 担当者名:)					

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	勤務先、在籍している学校・幼稚園・保育所等の 名称、別居先住所等	障害者 手帳等の 有無*
(申請に係る同居の家族及び保護者を除く)		年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 有
		年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 有
		年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 有
		年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 有
		年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 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		疾病・障がい	看護・介護	通学	その他	就労		求職活動		疾病・障がい	看護・介護	通学	妊娠・出産	その他
	居宅外	居宅内	求職活動	就労内定					居宅外	居宅内	求職活動	就労内定					
○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									
	就労日数	1月あたり 日				1月あたり 日				
	就労時間(主な時間)	時 分～ 時 分				時 分～ 時 分				
	仕事の内容 ※具体的に(例)事務職、営業職 等									
	通勤手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 電車→最寄駅()駅までの移動手段 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 電車→最寄駅()駅までの移動手段 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	求職活動	<input type="checkbox"/> 「求職活動等に関する申立書」を提出				<input type="checkbox"/> 「求職活動等に関する申立書」を提出				
	就労内定	<input type="checkbox"/> 「就労内定に関する申立書」を提出				<input type="checkbox"/> 「就労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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳名:) 級)				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳名:) 級)				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳名:) 級)			
		介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□要介護: □要支援:)				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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				年 月 日～ 年 月 日				
	自宅からの通学時間	片道()時間()分				片道()時間()分				
妊娠・出産	出産予定日	年 月 日				年 月 日				
	産後の予定	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業取得 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 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		年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)
	祖母		年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)
母方	祖父		年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)
	祖母		年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)

※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	窓口・郵送(電話連絡・通知書送付 :連絡日 月 日)	受付担当者	
後日提出書類	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)	期日:		後日書類担当者	
きょうだい同時申込	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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					