

【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 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和7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

| | | | | |
|--------|--|-----------------------------|--------------|-------------------------------|
| 希望施設 | 第1希望 | | 申込区分 | <input type="checkbox"/> 新規申込 |
| | 第2希望 | | | <input type="checkbox"/> 転園申込 |
| | 第3希望 | | | |
| | | | 必要とする保育時間 | 時 分 ~ 時 分 |
| 希望利用期間 | <input type="checkbox"/> 令和7年4月1日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 末日まで <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 | | | |
| 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) | | | |
| 土曜保育 | <input type="checkbox"/> 要(月 日程度) | <input type="checkbox"/> 不要 | 土曜保育 必要時間 | 時 分 ~ 時 分 |

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"/> 有 障がい者 手帳等* | | 年 月 日(歳) | <input type="checkbox"/> 有 障がい者 手帳等* | |
| 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) <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。 | | |
| 国籍 ※外国籍の方のみ | | | | | | |
| 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:) 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 | 勤務先・通学先・通園先の名称、別居先住所等 (外国籍の方は国籍名) | 障害者 手帳等の 有無* |
|------------|----|-------|----|--------------------------------------|----------------------------|
| | | 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 | 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 | | | | | | | | | |
| | 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/内定 | 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() | | | | <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 | | | | | |