

令和9年度施設型給付費・地域型保育給付費
教育・保育給付認定申請書兼保育関係施設入所申込書

(宛先) 前橋市長
前橋市福祉事務所長

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。併せて児童福祉法、子ども・子育て支援法に基づく保育関係施設への入所について申し込みをします。施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧することや、その情報に基づき決定した利用者負担額について、希望する特定教育・保育施設に対しても必要な情報を提示することに同意します。

また、保育の提供又は保育料の算定のために必要がある場合は、市が保有する個人情報を利用すること、市が勤務先に対し勤務内容等について職権調査すること並びに市が行った利用調整による結果、入所（園）が決定した施設又は希望する施設に対し、この申込書の内容及び保育関係の情報を提供することに同意し、申込書を提出します。

※白い枠内に必要事項を記入してください(グレーの枠には記入しない)。

ボールペンを使用し、申込書中の□は該当するものにレ点を入れてください。訂正する場合は、二重線で消してください。

(保護者)	フリガナ												生年月日				
	氏						名						昭和	☐	年	月	日
													平成	☐			
													続柄		職業・学校		

申込児童	フリガナ												生年月日						
	氏						名						令和		年		月		日
													性別	☐	男	☐	女		
☐ 申込児童が未出生である ※氏名や生年月日、性別は空欄にし、出産予定日を記入してください。母子健康手帳の写しを添付してください。												出産予定日	令和	-	年	-	月	-	日

入所希望施設	施設コード				施設名				見学の済・未	☐ 済	☐ 未	☐ 現在利用中の園で1号→2号への変更希望 ※入所希望施設の第一希望の欄に、現在通っている施設名を記入してください。
	第一希望	-	-	-	-			☐ 済		☐ 未		
	第二希望	-	-	-	-	-		☐ 済		☐ 未		
	第三希望	-	-	-	-	-		☐ 済		☐ 未		

※兄弟姉妹で同時に申し込んだ場合で、揃っての入所ができなかったときの希望をひとつ選んでレ点を入れてください。

☐ 口入れる児童だけでも、入所を希望する

☐ 口兄弟姉妹が同時に同じ施設を利用できる場合のみ利用を希望する

☐ 口兄弟姉妹が同時に利用できれば別々の施設でも利用を希望する

保育の提供を希望する期間	令和		年		月		日から	※令和9年度中に退所予定の方は下記に終了日を記入してください。			
	令和		年		月		日まで				

05歳児
R3.4.2～
R4.4.1生

現住所	前橋市	〒											☐ 転入見込みでの申し込み
-----	-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------

04歳児
R4.4.2～
R5.4.1生

前住所	令和8年1月1日の住所が前橋市外の場合のみ記入してください。（現住所への居住：R 7 年 3 月から） 〒													
※転入見込みでの申し込みについては現住所は転入予定地、前住所は現在お住まいの住所を記入してください。														

03歳児
R5.4.2～
R6.4.1生

連絡先電話番号	父携帯					母携帯								
(申込者及び同居家族児童(祖父父母も含む))	続柄	氏 名				生年月日				職業・学校				
		(フリガナ)				S・H・R	年	月	日					
		(フリガナ)												
		(フリガナ)												
		(フリガナ)												
		(フリガナ)												
必要保育時間	平 日			時		分	から		時		分	まで	☐ 希望あり	☐ 希望なし

・保育を必要とする事由で最もあてはまるものを、下記の保育要件番号から1つ選択し、父母それぞれ番号で記入してください。

父の保育要件番号		-	母の保育要件番号		-
保育要件番号	【就労】	1 外勤・自営中心者	2 農業・自営協力者	3 内職	【求職中】
		4 求職活動中（起業準備中も含む）			
	【就学】	5 通学している（又は予定）			6 通信教育の受講
	【疾病】	7 入院	8 寝たきり	9 精神病	10 1か月以上の通院または安静
		11 障害をもっている			
	【同居親族の介護】	12 心身障害児者の介護		13 居宅内介護	14 寝たきり者の介護
		15 入院付き添い			
	【出産】	16 出産（最大4か月）		出産予定日	年 月 日
				【災害】	17 災害

父の月間就労時間	-	-	-	時間	-	-	分	母の月間就労時間	-	-	-	時間	-	-	分
育児休業を取得（予定）中の方は、復職日を記載してください。								復職日	令和	-	年	-	月	-	日

父	精神手帳	-	-	級	身体障害者手帳	-	-	級	療育手帳の区分（ＡかＢで記入してください）	-	-
母	精神手帳	-	-	級	身体障害者手帳	-	-	級	療育手帳の区分（ＡかＢで記入してください）	-	-

申込児童は、何人兄弟（姉妹）の何番目のお子様ですか。	-	人兄弟（姉妹）の	-	番目
----------------------------	---	----------	---	----

申込児童の現況で、最もあてはまるものを下記から選択し、番号で記入してください。		番号	-
1 父又は母が自宅で保育		2 父又は母が仕事をしながら保育	
3 母が産休・父又は母が育休中で自宅で保育			
4 認可保育施設を2・3号認定として利用中		5 認可保育施設を1号認定として利用中	
6 職場の託児施設を利用中			
7 認可外保育施設を利用中		8 一時預かりを利用中（認可施設、認可外施設又は一時預かり施設）	
9 他人が保育（祖父母を含む）			
※上記で4、5、7、8番を選択した方は利用中の施設名を記入してください。		利用施設名	-

☐ 申込児童が障害者手帳を持っている。※手帳の写しを添付してください。

☐	申込児童の第一希望施設に在所(園)中または、R8年度中に入所が内定済み ※ R9.4月から小学校に入学する場合は、チェックしないでください。
☐	申込児童と同じ施設に申込中

(ひとり親世帯は離婚日又は未婚であることが分かる公的書類、離婚前提の別居で離婚調停中の場合は、期日通知書又は事件係属証明書を添付してください。)

その状況の理由としてあてはまるものを下記から選択し、番号で記入してください。				理由番号			
理由番号		1 死別	2 離婚	3 未婚	4 単身赴任	5 離婚前提の別居	6 その他
6 その他 を選択した方は、右に具体的な状況を記入してください。				()			
フリガナ		相手方住所	〒	上記の発生日		年	月 日
相手方氏名				相手方生年月日		年	月 日
☐ 生活保護を受けている							

		氏名	生年月日	住所
父方	祖父			
	祖母			
母方	祖父			
	祖母			

市記入欄※記入しないでください。		
☐ 保護者が市内認可保育施設の保育士	☐ 保護者が市外認可保育施設の保育士	☐ 保護者が保育士として求職中
☐ 勤務先が親族経営（自営協力と重複しない）	☐ 育休明けで9月内定済み	☐ 未満児施設の卒転所

証明書類等は、ここにのりで重ねて貼ってください。（父母分）

☐ マイナンバーを提供します。

父マイナンバー

母マイナンバー

子マイナンバー

※マイナンバーを提供されない場合、番号制度による情報連携を行わないため、課税証明等の提供を求める場合があります。

入所児童の健康状態

- 1 集団保育を受けるにあたり、発育や発達について気になることがあれば記入してください。
☐ ある ☐ ない
〔 〕
 - 2 今まで、医療機関より経過を見るよう伝えられていたり、治療を受けていたりする病気等があれば記入してください。
☐ ある (☐ 治療中 ☐ 経過観察中 ☐ 治療済) ☐ ない
〔 〕
 - 3 発育や発達・病気等で現在利用中の相談機関や医療機関、訪問看護、療育施設等があれば記入してください。
☐ ある ☐ ない
〔 〕
 - 4 アレルギーで除去している食品があれば記入してください。
☐ ある ☐ ない
〔食品： 〕
 - 5 宗教上の理由で除去している食品があれば記入してください。
☐ ある ☐ ない
〔食品： 〕
- ※見学や面談を行い、施設と保護者の間で調整となります。
- 6 上記のほかに、気になることがある場合は記入してください。
〔 〕

市 記載欄