

教育・保育給付認定申請書兼  
令和6年度保育関係施設利用申込書（新規）

令和 年 月 日

沼田市長 様

保護者氏名

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。  
また、保育関係施設の利用（新規）を次のとおり申し込みます。  
なお、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な住民税の情報（同居家族を含む。）及び世帯情報を閲覧すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示すること、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希望施設に対しこの申込書の情報を提供することに同意します。

申請に係る 小学校就学前子ども	ふりがな 氏名	生年月日 (令和6年4月1日現在の年齢)	性別	個人番号
		年 月 日 ( 歳)	男・女	
保護者の住所	沼田市			
保護者の連絡先	(自宅)	(父携帯)	(母携帯)	
保護者の住所 (令和5年1月1日現在)	<input type="checkbox"/> 市内・ <input type="checkbox"/> 市外( )	保護者の住所 (令和6年1月1日現在)	<input type="checkbox"/> 市内・ <input type="checkbox"/> 市外( )	

## 1 保育の希望の有無及び保育の利用を必要とする理由

保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有（保育関係施設において保育の利用を希望）			
	<input type="checkbox"/> 無（幼稚園等の利用を希望）			
保育の利用を必要とする理由 (右の項目から該当する番号を記入してください)	父		①就労 ②妊娠・出産 ③疾病・障害 ④介護等 ⑤災害復旧	
	母		⑥求職活動 ⑦就学 ⑧虐待・DV ⑨育児休業 ⑩その他	

## 2 利用を希望する施設（事業者）及び利用する期間

利用を希望する施設（事業者）	第1希望：
	第2希望：
	第3希望：
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 小学校就学まで

## 3 児童の保育状況

<input type="checkbox"/> 父が家庭保育	<input type="checkbox"/> 母が家庭保育	<input type="checkbox"/> 同居親族が家庭保育（続柄： )
<input type="checkbox"/> 保育施設を利用（施設名： )		
<input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用（施設名： )		
<input type="checkbox"/> 別居親族又は知人が保育（住所： 氏名： 続柄： )		

4 同居家族の状況(別世帯であっても同居の親族は記入してください。) ※申請に係る子どもは記入不要

ふりがな 氏名	生年月日	性別 (年齢)	申請に係る 子どもとの 続柄	職業又は 学校名等	障害者手帳等 の有無	個人番号 (父母のみ)
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
	年 月 日	男・女 ( 歳)			有・無	
生活保護適用の有無	有・無	( 年 月 日保護開始)				
ひとり親世帯	該当・非該当	<input type="checkbox"/> 死別・ <input type="checkbox"/> 離婚・ <input type="checkbox"/> 別居・ <input type="checkbox"/> その他 ( )				

5 祖父母の状況 (別世帯であっても記入してください。)

区分	氏名	年齢	住所	職業	健康状態
父方	祖父			有・無	普・弱・障害
	祖母			有・無	普・弱・障害
母方	祖父			有・無	普・弱・障害
	祖母			有・無	普・弱・障害

6 児童の健康状態

健診での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
障害者手帳の有無等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・療育・精神 手帳 級/特別児童扶養手当 級)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 有 ( )
通院・入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (通院: )
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (入院: )
その他の健康状態	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 ( ) 主な症状 ( )

\*市記載欄

受付年月日	令和 年 月 日
窓口に来た人の氏名	(児童との続柄: )
窓口に来た人の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保護者の個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システムで確認 <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考	