

教育・保育給付認定申請書 兼 教育・保育施設利用申込書

(宛先) 福岡町長

申請日: 令和 年 月 日

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 福岡町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報等を閲覧すること（マイナンバー制度による情報連携を含む。）や、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等にたいして提示することに同意します。

2. 利用施設決定後に福岡町がこの申請書等に記載した内容及び子ども・子育て支援法の規定に基づく適切な教育・保育利用のために必要となる情報を、特定教育・保育施設等にたいして提供することに同意します。

3. 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことに同意します。

以上のことに同意し、次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の申請及び特定教育・保育施設等の利用を申込みます。

保護者	フリガナ		現在の 住所地	〒 ※令和8年1月2日以降に町外から転入された場合 令和8年1月1日時点の住所地⇒（ 都/道/府/県 市/区/町/村）			
	氏 名						
	連絡先	（父携帯）		（母携帯）		（自宅）	
申請 子ども	フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢(R9. 4. 1時点)	地域型保育事業の利用（申請時点）	
	氏 名			年 月 日	歳	□あり （施設名: ） □なし	
利用希望施設名 (注) 町外施設は、 町内施設より上位に 記載して下さい。		第1希望:		希望理由		育 児 休 業 か ら 復 帰 の 方	□希望する保育所等に入所出来ない場合は、育児休業の延長も許容できるため、利用調整の優先順位が下がってもよい。
		第2希望:		希望理由			
利用希望期間		令和 年 月 から 令和 年 月まで ・ 小学校就学前まで					
希望する 認定区分	希望する認定区分に☑を付けて下さい。（希望に沿えない場合もあります。）利用時間は各施設で異なりますので事前にご確認下さい。						
	□ 教育標準時間認定（1号） :幼稚園・認定こども園(教育)等の利用を希望						
	□ 保育標準時間認定（2・3号） :保育を必要とする事由に該当し、保育所・認定こども園(保育)等の利用を希望(最長11時間まで)						
	□ 保育短時間認定（2・3号） :保育を必要とする事由に該当し、保育所・認定こども園(保育)等の利用を希望(最長8時間まで)						
保育の 必要理由	(2号・3号認定を希望する場合のみ) 該当する理由に☑を付けて下さい。						
	(子から見た統括) 父・母・その他（ ） □ 就労 □ 妊娠 出産 □ 疾病 障がい等 □ 介護 看護 □ 災害 復旧 □ 求職 活動 □ 就学						
申請 子どもに ついて	(子から見た統括) 父・母・その他（ ） □ 就労 □ 妊娠 出産 □ 疾病 障がい等 □ 介護 看護 □ 災害 復旧 □ 求職 活動 □ 就学						
	(きょうだい同時申込の場合のみ) 希望する方に☑を付けて下さい。 □きょうだいで同施設を利用できる場合のみ希望 □きょうだいで別施設でも希望						

世帯員全員記入して下さい。（世帯分離している場合でも同一敷地内に居住する世帯員や、単身赴任等、別居中で生計を一にしている世帯員を含む。）

申 請 子 ど も の 世 帯 員（申請子ども除く）	フリガナ 氏名	申請子ども との統括	生年月日	就労・通学・通園先	別居 ※1	別居の場合の住所	備考 ※2
		父	年 月 日		□有		身・療・特・精・年
		母	年 月 日		□有		身・療・特・精・年
			年 月 日		□有		身・療・特・精・年
			年 月 日		□有		身・療・特・精・年
			年 月 日		□有		身・療・特・精・年
			年 月 日		□有		身・療・特・精・年
			年 月 日		□有		身・療・特・精・年
世帯の 状況	該当する項目に☑を付けて下さい。（ 該当なし⇒□ ） □ひとり親世帯（ □ 離別 ・ □ 死別 ・ □ 未婚 ） □生活保護世帯						

(※1) 別居で生計を一にしている世帯員がいる場合には別居欄に☑して下さい。
(※2) 世帯員が身体障害者手帳(身)、療育手帳(療)、特別児童扶養手当(特)、精神障害者保健福祉手帳(精)、障害基礎年金(年)の交付を受けている場合は、該当するものに○をつけ、あわせて記号番号を記入して下さい。

祖父母の 現況	続 柄	氏 名	生 年 月 日	住 所	電 話	就労の有無
	父 方	祖父	年 月 日			有 ・ 無
		祖母	年 月 日			有 ・ 無
	母 方	祖父	年 月 日			有 ・ 無
		祖母	年 月 日			有 ・ 無

(裏面)

申請子ども	氏名		生年月日	年	月	日
-------	----	--	------	---	---	---

【記入必須】児童の状況欄 必ずいずれかに☑をつけてください。	
以下に該当される場合はありに、ない場合はなしに☑をつけてください。なお、下記項目は、必要保育教諭数等の参考としますので、できるだけ具体的に漏れないようご記入ください（下記項目による選考順位付けは行いません）。	
◆乳幼児健診や医療機関等で助言を受けたことがある。	
◆発達面において気になることがある。	
◆先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で病院や施設を利用している（利用する予定がある）。	
◆けいれんやひきつけの経験がある・アレルギーがある。	
◆身体障害者手帳等の交付を受けている。	
◆その他、保育施設で気をつけてほしいことや伝えておきたいことがある。	
☐ あり →以下の項目を記入してください。	☐ なし →以下の項目は内容を確認のうえ、未記入のまま提出してください。



健診状況	受診した健診	何か指導がありましたか（ある場合は指導内容を記入してください）					
	☐ 4ヵ月	☐ なし ☐ あり（ ）					
	☐ 10ヵ月	☐ なし ☐ あり（ ）					
	☐ 1歳6ヵ月	☐ なし ☐ あり（ ）					
	☐ 3歳	☐ なし ☐ あり（ ）					
発達状況 ※1	運動面の発達において気になることがありますか		☐ はい		☐ いいえ		
	気になる内容：						
	言語面の発達において気になることがありますか		☐ はい		☐ いいえ		
	気になる内容：						
	行動面で気になることがありますか（落ち着きがない、初めてのことが苦手 など）		☐ はい		☐ いいえ		
気になる内容：							
健康状況 ※2	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で病院や施設を利用しているまたは利用する予定はありますか		☐ はい		☐ いいえ		
	病名・障害名等：						
	療育施設（児童発達支援等）の利用： ☐ 利用予定（開始予定日： 年 月 日） ☐ 利用中 施設名（ ）						
	けいれんやひきつけの経験はありますか		☐ はい		☐ いいえ		
	時期等の具体的な内容：						
	食物アレルギーはありますか		☐ はい		☐ いいえ		
	食物アレルギーの種類						
	アナフィラキシーショック		☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
	障害者手帳等の交付を受けていますか		☐ はい		☐ いいえ		
	種類： ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 等級（度）：						
障害者手帳等の交付の申請（予定）はありますか		☐ はい		☐ いいえ			
種類： ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 申請日： 年 月 日							
その他	保育施設で気をつけてほしいことや伝えておきたいこと						

※1：発達検査を受けられている場合は、検査結果の提出をお願いする場合があります。

※2：疾患やアレルギーがある場合は、診断書等の提出をお願いする場合があります。

障害者手帳等の交付を受けている場合は、写しを添付してください。申請予定の場合は、手帳等の交付後、写しを提出してください。