

令和7年度

## 支給認定申請書 兼 入園申込書

No.

有効期限

令和8年3月31日

令和 年 月 日

君津市長 様

保護者氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

施設型給付及び地域型保育給付に係る支給認定及び施設への入園について、下記のとおり申請(申込み)します。

記

申請(申込みを)する 小学校就学前子ども	ふりがな 氏名	生年月日	性別	個人番号
		平成 令和 年 月 日 ( 歳)	男 ・ 女	
保護者 住所・連絡先	住所	君津市		
	令和6年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 君津市内 <input type="checkbox"/> 市外( )	令和7年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 君津市内 <input type="checkbox"/> 市外( )
	連絡先	自宅 ( - - ) 父携帯 ( - - )	勤務先 ( - - ) 母携帯 ( - - )	
保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (認定子ども園幼稚園枠(1号)へ入園希望の方は <input checked="" type="checkbox"/> )			
保育の利用を 必要とする理由	子どもとの 続柄	保育を必要とする事由(該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> )		
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居の親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( )		
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居の親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( )		
育児休業からの復職	<input type="checkbox"/> 入園後、直ちに復職希望(入園月の翌月1日まで) <input type="checkbox"/> 希望する保育施設に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できる			
利用を希望する 施設(事業者)名	第1希望	保育園 子ども園	第5希望	保育園 子ども園
	第2希望	保育園 子ども園	第6希望	保育園 子ども園
	第3希望	保育園 子ども園	第7希望	保育園 子ども園
	第4希望	保育園 子ども園	第8希望	保育園 子ども園
	(備考)			
兄弟(姉妹)同時 申請(申込み)の場合 (※該当者のみ記入)	<input type="checkbox"/> 同じ保育施設で同時期の入所のみを希望する(それ以外の入所は希望しない)。 <input type="checkbox"/> 同時に入所できれば、きょうだい別施設でもよい(1人だけの入所は希望しない)。 <input type="checkbox"/> 1人だけの入所でも希望する。【児童名( )・誰でも】 →入所できない子の保育の予定 <input type="checkbox"/> 親族が保育をする <input type="checkbox"/> 施設に預ける(認可外・一時保育) <input type="checkbox"/> その他( )			
利用を希望する期間	令和 年 月 1 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 末日 まで		
利用を希望する時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで			
利用を希望する曜日	月・火・水・木・金・土 不定期(平均週 日)			

区分	ふりがな 氏名	生年月日	性別	子ども の続柄	勤務先名または 学校名等	個人番号
世帯構成 (同居者全て)		S H 年 月 日	男	父		
		S H 年 月 日	女	母		
		S H R 年 月 日	男・女			
		S H R 年 月 日	男・女			
		S H R 年 月 日	男・女			
		S H R 年 月 日	男・女			
同一世帯の方(申請する子ども含む)の身体障害者手帳・ 精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の有無				有 ( 本人 ・ その他( ) ) ・ 無		
生活保護の適用の有無		無 ・ 有 (平成・令和 年 月 日 保護開始)				
不在年月日 ・ 理由 (ひとり親の方)		父 ・ 母 平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他( )				

	氏名	年齢	住所	職業
父方	祖父			
	祖母			
母方	祖父			
	祖母			

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> 祖父母(父方・母方) <input type="checkbox"/> 仕事につれていく( 年 月 日から) <input type="checkbox"/> 施設に預けている(職場託児所等) (施設名: ) (利用日数: 日/月)(保育時間: 時 分~ 時 分 まで)
送迎について	主な送迎者: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( ) 送迎方法: <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )

承 諾 書	
市が施設型給付及び地域型保育給付に係る支給認定に必要な市民税の課税情報及び世帯情報を確認すること並びに当申請情報及び利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して提示することを承諾します。	
保 護 者 氏 名	_____ ㊟
保 護 者 氏 名	_____ ㊟
父母以外で家計を 賄っている者	氏 名 _____ ㊟

* 市記入欄	本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カードと運転免許書・パスポート・その他( )		
認定区分	利用期間	申請 担当者	入所 担当者
<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	自: 年 月 日		
保育必要量	至: 年 月 日	管外希望	申請書コピー <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間		有 ・ 無	