

# 記載例

## 2・3号認定

### 教育・保育給付認定申請書兼利

記載例の中に、世帯の条件によって申込書以外にご提出いただく書類について説明がありますので、よくご覧になって必要な添付書類とともに申込書をご提出下さい。

茨城町長 宛

教育・保育給付認定申請書兼利用者負担額減額申請書は、次のとおり申し込みます。  
 茨城町 (同一世帯) 保護者 住所 茨城町〇〇1122番地33 〇〇アパート101号室  
 氏名は提出者の方のご氏名をご記入下さい。(申請に係る児童の母が提出される場合は、母の方のご氏名でお願いいたします。) 氏名 茨城 太郎  
 (同一世帯) 保護者 住所 茨城町〇〇1122番地33 〇〇アパート101号室  
 氏名 茨城 太郎  
 自宅 029 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇  
 父携帯 080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇  
 母携帯 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇  
 申請に係る児童 氏名 茨城 次郎 性別 男 女 生年月日 令和 〇年 〇月 〇日 備考 令和 4年 4月 1日現在 ( 〇 歳) 障害者手帳等の有無 有・無  
 個人番号(マイナンバー) 〇〇...12桁 保育希望の有無 有 (2・3号) (標準時間・短時間) 無 (1号)

(  新規  転園  変更 )

申請日	令和 〇年 〇月 〇日	保護者	住所	茨城町〇〇1122番地33 〇〇アパート101号室		
令和4年度用	氏名	茨城 太郎	氏名	茨城 太郎		
	自宅	029 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	自宅	029 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	父携帯	080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	父携帯	080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	母携帯	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	母携帯	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
申請に係る児童	ふりがな	いばらき じろう	性別	男	女	
	氏名	茨城 次郎	生年月日	令和 〇年 〇月 〇日	備考	令和 4年 4月 1日現在 ( 〇 歳)
	個人番号(マイナンバー)	〇〇...12桁	保育希望の有無	有 (2・3号)	(標準時間)	短時間

転園:現在の保育施設から他の保育施設への入所希望の場合  
 変更:1号認定から2・3号認定への認定変更を希望する場合  
 新規:転園,変更以外の場合

※保育希望を「無」に〇をつけた方は、「③保育の利用を必要とする理由」「④保育を希望する日数・時間」の記載は必要ありません。  
 ※保育必要量は、保護者の就労時間・状況等を教育・保育給付認定申請書に記入してください。  
 「標準時間」:施設ごとに定める時間帯のうち、最長11時間  
 「短時間」:施設ごとに定める時間帯のうち、最長8時間の保育希望時間

12桁の個人番号(マイナンバー)を記入してください。  
 窓口で記載された個人番号(家族全員)を確認しますので、番号確認書類(マイナンバー通知カード等)をご持参ください。

①世帯の状況 ※父母及び同一住所に住んでいる全員(単身赴任などの保護者や世帯分離している人も含む。)について記入してください。

区分	ふりがな	氏名	入所児童との続柄	生年月日	性別	勤務先、学校・園名等(連絡先)	障害者手帳等の有無	
児童の世帯員及び敷地内同居者	いばらき たるう	茨城 太郎	父	大昭 〇年 1月 1日 平令 ( 〇〇歳)	男・女	株式会社 いば沼工業 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	有・無	
	いばらき はなこ	茨城 花子	母	大昭 〇年 2月 1日 平令 ( 〇〇歳)	男・女	あじさい美容室 (TEL 〇〇〇-〇〇〇〇)	有・無	
	いばらき いちろう	茨城 一郎	兄	大昭 〇年 3月 〇日 平令 ( 〇〇歳)		校 〇年 (令和4年4月現在の学年で記入) (TEL )	有・無	
	いばらき さくら	茨城 さくら	姉	大昭 〇年 4月 8日 平令 ( 〇歳)			無	
	いばらき ぬまお	茨城 沼男	祖父	大昭 〇年 5月 1日 平令 ( 〇〇歳)	男・女	(TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	有・無	
	いばらき うめ	茨城 うめ	祖母	大昭 〇年 6月 1日 平令 ( 〇歳)			有・無	
	令和3年1月1日現在(令和4年9月1日以降入所児童は令和4年1月1日現在)保護者の住民登録状況		(父)	<input checked="" type="checkbox"/> 茨城町内 <input type="checkbox"/> 茨城町外(市町村名 )	(母)	<input checked="" type="checkbox"/> 茨城町内 <input type="checkbox"/> 茨城町外(市町村名 〇〇市 )		
	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		「ひとり親家庭」の場合は、戸籍謄本・児童扶養手当受給者証等状況のわかる書類を提出してください。				
	生活保護の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし ・ <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始)		「適用あり」の場合は、生活保護受給の証明書の写しを提出してください。(あります)				

※事実に基づき、太枠内にもれなく記入してください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

入所希望月を記入してください。  
必要な期間が有期限の場合は、期限を記入してください。

利用を希望する期間	令和 4 年 4 月 1 日 から	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 末日まで
入所を希望する施設名・希望理由	第1希望	〇〇保育園	希望理由 例: 姉が通っているため
	第2希望	〇〇保育園	希望理由 例: 園の雰囲気が良かったため
	第3希望	〇〇こども園	希望理由 例: 自宅から近くて通うのに便利なため

第1希望の施設に入所できない場合、他の施設を案内することもありますので、第1希望以外でも入所を希望する場合は第3希望まで記入してください。

③保育の利用を必要とする理由

※保護者の就労又は疾病などの理由により保育の利用を希望する

保育の利用を必要とする理由で、保護者ごとに当てはまる項目に、チェックを入れてください。また、証明できる書類を提出してください。(例)就労証明書

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況(時間・日数・疾病の状況等)
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ	就労内容: 1日 8 時間 週 5 日 月 20 日
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ	就労内容: 1日 8 時間 週 5 日 月 20 日
	出産予定日	年 月 日	出産予定日のわかる書類(母子手帳等)を提出してください。
	産前産後休暇の取得状況(予定)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	育児休業の取得状況(予定)	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日	

④保育を希望する日数・時間

1か月当たりおおよその希望利用日数を記入してください。  
例1: 週5勤務の場合「20日」 例2: 土曜日勤務もあるため「24日」 など

希望利用日数	希望利用時間
1か月当たり 20 日	7 時 30 分から 18 時 00 分まで

※「③保育の利用を必要とする理由」に基づき、保育を希望する日数および時間(児童を預けてから迎えに来るまで)をご記入ください。  
※希望利用時間と希望する保育施設の利用時間は異なります

1日の希望利用時間を記入してください。  
施設ごとに開所時間や延長保育時間が異なりますのでご注意ください。

【※町記入欄】

受付年月日		
認定の可否 (可・否) 年 月 日認定 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 (可・否) (否とする理由)		認定有効期間 自至
入所施設(事業者)名		利用期間 自至

\*施設記載欄(施設を経由し市町村に提出する場合)

受付年月日	
施設(事業者)名	
備考	