

該当に□をしてください

新規 継続

| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
|----|----|----|---|
| | | | |

令和8年度 教育・保育給付認定申請書兼保育園等入園申込書

辰野町長様

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保育園等入園の申込みをします。

| 申請者 (保護者) | 氏名 ※自署の場合 は押印不要 | | ふりがな | 自宅電話 | 申請日 | 年月日 |
|--------------|--|---|------|-------|-----|-----|
| | | | 印 | 携帯(父) | | |
| | | | | 携帯(母) | | |
| | 現住所 | 〒 | | | | |
| 新住所 | 現住所が町外の場合、町内転入後の住所を記入してください。 ⇒ 転入予定年月： 年 月 | | | | | |

| 入園児童 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 年齢(R8.4.1現在) | 障害者手帳 | 食物アレルギー |
|------|----|------|--|---------|--------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | 歳 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| | | | | 人兄弟の 番目 | | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 |

| | | | | | | | |
|---------------|-------|--|--------------------------|--------|----|--------------------------|-------|
| 入園(継続) 希望園 | 第1希望 | (希望理由) <input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | 第2希望 | (希望理由) <input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 入園希望期間 | 年 月 日 | から | <input type="checkbox"/> | 小学校入学前 | まで | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |
| 保育希望時間 | 時 分 | から | 時 分 | まで | まで | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 保育を必要とする事由 | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 疾病障害 | <input type="checkbox"/> 介護看護 | <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 求職活動 | <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 育児休業 | <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 妊娠出産 | <input type="checkbox"/> 疾病障害 | <input type="checkbox"/> 介護看護 | <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 求職活動 | <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 育児休業 | <input type="checkbox"/> その他 |
| 世帯の状況 該当するものに○ | 1. 生活保護世帯 (年 月 日 保護開始) | | | | | | | | | |
| | 2. ひとり親家庭 ⇒ ひとり親家庭等医療費受給者証(写し)、又は児童扶養手当証書(写し)の添付 | | | | | | | | | |
| | 3. 在宅障害者のいる世帯 (氏名 _____) ⇒ 確認できる書類の添付 (身障者手帳・療育手帳・精神障害者手帳・特別児童扶養手当証書・障害基礎年金証書の写し) | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------|-------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先名又は学校名等 (R8.4.1現在) |
| 保護者 | | 父 | 年 月 日 | |
| | | 令和7年1月1日の住所 | 辰野町内・辰野町外 ⇒ () 都道府県名・市区町村名又は国名を記入 | |
| | 令和8年1月1日の住所 | 辰野町内・辰野町外 ⇒ () 都道府県名・市区町村名又は国名を記入 | | |
| | | 母 | 年 月 日 | |
| | 令和7年1月1日の住所 | 辰野町内・辰野町外 ⇒ () 都道府県名・市区町村名又は国名を記入 | | |
| | 令和8年1月1日の住所 | 辰野町内・辰野町外 ⇒ () 都道府県名・市区町村名又は国名を記入 | | |
| 本人・保護者以外の世帯員 | | 年 月 日 | | |
| | | 年 月 日 | | |
| | | 年 月 日 | | |
| | | 年 月 日 | | |
| | | 年 月 日 | | |

《※裏面もあります。》

確認事項兼同意書

児童の教育・保育施設利用にあたり、次の事項についてすべて確認し、同意します。(□にチェックを入れてください)

- 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）及び世帯情報を閲覧すること、また、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・保育施設等に対して提示していただきます。
- 入園希望者については、提出していただいた書類をもとに入園選考を行います。選考の結果、希望通りにならない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- 住所、就労状況、家庭状況等に変更があった場合は、すみやかに連絡願います。
- 育児休業中に申請し、入園となった場合、入園日より1ヵ月以内の復職となります。
- 求職活動や出産等を事由として保育施設等を利用する場合、認定期間が制限されます。認定期間に必要書類の提出がない場合、認定期間の満了をもって退園となります。
- 児童手当法第21条第1項または第2項の規定に基づき、町から支給を受ける児童手当等（児童手当及び特例給付をいう。以下同様。）の額から、町または入園する施設に対して納入すべき義務がある未納分の費用（保育料等）がある場合は、当該児童手当等の支払期日をもって町が支払いに充てます。

保護者氏名

印

※自署の場合は押印不要