

坂出市教育・保育給付 支給認定申請書 兼 現況届 兼 保育施設等入所申込書

教育・保育給付の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者及び同居者を含む）および世帯情報について確認されること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び入所の決定について、特定教育・保育施設等に提示することに同意します。また、虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、利用を解除（退所・退園）させられても異議はありません。

教育・保育給付に係る支給認定について申請し、現況を届け出ます。
次のとおり、保育施設等への入所を申し込みます。

〒
保護者住所 坂出市 町 丁目 番 号
番地

坂出市長 殿

保護者氏名 _____ ㊞
連絡先 _____

申請子ども 氏 名	ふりがな	男・女	年 月 日生	アレルギー	無・有（ ）
			第 子	疾病・ 障がい等	無・有（ ）
保 育 の 希望の有無	<input type="checkbox"/> 有：保育を必要とする要件に該当し、保育施設等の利用を希望する場合 <input type="checkbox"/> 有（併願）：保育を必要とする要件に該当し、保育施設等と幼稚園等を併願する場合 <input type="checkbox"/> 無：幼稚園等の利用を希望する場合⇒（施設名： _____）（入園日：令和 年 月 日）				
入所希望 施設等	第1希望	_____（希望理由）			
	第2希望	_____（希望理由）			
	第3希望	_____（希望理由）			
保 育 を 必要とする 理 由	(子から見た続柄)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他 出産 障害 看護 復旧 活動 DV ()			
	(子から見た続柄)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他 出産 障害 看護 復旧 活動 DV ()			
希望する 保育必要量	※上記の「保育の希望の有無」の有に☑をつけた場合、いずれかに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 保育標準時間（最長11時間） <input type="checkbox"/> 保育短時間（最長8時間）			保育の利用 を希望する 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
現住所 <input type="checkbox"/> 保護者と同じ	〒 _____ 令和 年 月 日転入予定				
令和3年1月1日の保護者住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒 _____				
令和4年1月1日の保護者住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒 _____				
連絡先（電話番号）	自宅 () 携帯電話（父） () 携帯電話（母） () 勤務先（父） () 勤務先（母） ()				

①世帯の状況（父母および兄弟姉妹ならびに同居者等）について記載してください。

※個人番号（マイナンバー）は、令和3年1月1日または令和4年1月1日に坂出市に住民登録がない方のみ記入してください。

申 請 子 ど も の 世 帯 員	氏名（ふりがな）	続柄	生年月日	勤務先・学校名・単身赴任先 （利用開始月時点）	※個人番号（マイナンバー）
		父	年 月 日		
		母	年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
障害者手帳取得の有無		<input type="checkbox"/> 有（該当者氏名： _____） <input type="checkbox"/> 無			
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外			
生活保護適用の有無		<input type="checkbox"/> 有（ _____ 年 月 日から適用） <input type="checkbox"/> 無			

※市 記 載 欄	申込区分	当初年齢	月	区分	階層	減免等	保育料	副食費
	新規 ・ 継続	() 歳			標・短		国()・3免・同時	円
標・短						国()・3免・同時	円	免除・円
標・短						国()・3免・同時	円	免除・円
標・短						国()・3免・同時	円	免除・円

