

子ども

令和3年度1~3月入所を同時に
申し込む場合は、令和3年度用も
記入してください。

認定・変更申請書兼特定教育・保育施設等利用申込書

(あて先)松江市長

子ども・子育て支援法第20条第1項(第23条第1項)の規定に基づき、次のとおり教育・保育給付に係る認定(の変更の認定)を申請します。
また、特定教育・保育施設等の利用を次のとおり申し込みます。
なお、申請子どもの保護者、扶養者及び同居者は、申請に当たっての同意事項にいずれも同意していることを確約します。

【申請に当たっての同意事項】	
1. 教育・保育給付に関して必要となる市町村民税課税状況、世帯状況及び扶養状況(以下「課税状況等」という。)の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。	
2. 特定教育・保育施設等に対して、当該特定教育・保育施設等が必要とする個人情報(課税状況等を含む。)を提供します。	
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があります。	

1. 基本情報

(保 護 者)	フリガナ	マ ツ エ ハ ナ コ	現住所	〒690-8540 松江市末次町86番地	
	氏名	松江花子 印	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒	
※自署の場合は押印不要です。		日中の連絡先(電話番号)※確実に連絡の取れる順に記入してください。			
① 080-0000-0000		② 090-0000-0000		③	
<input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input 2"="" type="checkbox/>()</td> <td colspan="/> <input type="checkbox"/> 母携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 父携帯 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td><input type="/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input 4"="" type="checkbox/>()</td> </tr> <tr> <td rowspan=">申 請 子 ど も</input>		フリガナ	マ ツ エ ツ バ キ	生年月日	平成 31 年 4 月 1 日 令和
氏名	松江椿	現況	<input type="checkbox"/> 施設在籍() <input checked="" type="checkbox"/> 家庭保育		
性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	兄弟姉妹の 状況	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		
健康 状態	慢性疾患、障がい、発達遅滞等により通院又は相談している病院等	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	病名又は 症状	小児喘息	
アレルギー症状の有無		無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	アレルギーの種類	食物アレルギー 落花生	
服薬介助の要否		<input checked="" type="checkbox"/> 要	医療的ケアの要否	<input checked="" type="checkbox"/> 要	
医療的ケアの内容					
保育を必要とする事由	該当する事由に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。その他の場合は事由を記入してください。				
父の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 新規入所の場合は、育児休業中の継続利用を事由にできません。 <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他()				
母の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい 新規入所の場合は、育児休業中の継続利用を事由にできません。 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他()				
生活保護の適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ・ 申請中		ひとり親世帯の該当性	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	
前年度(令和4年)1月1日現在の住所地	父	若手県陸前高田市高田町字下和野1番地	母	現住所に同じ	
前々年度(令和3年)1月1日現在の住所地	父	同上	母	現住所に同じ	

2. 利用を希望する特定教育・保育施設等及び期間

①希望する保育所等	兄弟姉妹同時に申込	連携施設(系列施設)同士は同一施設とはみなされません。	番号に○)	備考
第1希望 国引き保育所	同一施設のみ入所可能(同保同時)		1	●保育所等 保育所、幼稚園(保育所部門)、認定こども園(保育所機能)及び小規模保育事業施設をいう。 ●幼稚園等 幼稚園、幼稚園(幼稚園部門)及び認定こども園(幼稚園機能)をいう。
第2希望 鳥根半島認定こども園	希望順位を優先	2		
第3希望 宍道湖保育所	同月入所希望(別保同時)	同一施設に入所を優先	③	
第4希望 嫁ヶ島保育園	希望順位を優先	4		
第5希望 中海幼稚園(幼稚園部門)	兄弟姉妹のうち1人でも入所可能(別保順次)	同一施設に入所を優先	5	
②希望する幼稚園等	幼稚園(幼稚園部門)の入園を申し込み場合は、こちらにも記入してください。			
中海幼稚園(幼稚園部門)	幼稚園部門の入園を同時に申し込む場合は、①希望する保育所等の欄及び②希望する幼稚園(幼稚園部門)の名称を記入してください。申し込み場合は、保育所機能又は幼稚園機能のいずれかを選択することとなります。保育を原則として保育所機能を選択してください。			
利用を希望する期間	令和 4 年 4 月 1 日 から <input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで			

3. 世帯及び家庭の状況(申請者) 4月入所申込の場合は、4月1日時点で記入してください。随時入所申込の場合は、現時点で記入してください。

申請者 (生計の中心者の番号に○)	フリガナ氏名	関係	生年月日	就労・通学・通園先又は単身赴任先	障害者手帳の有無
	マツエ タロウ 松江太郎	父	大正昭和 平成 令和 X年X月X日	松江市役所 (陸前高田市出向中)	○無・有
	マツエ ハナコ 松江花子	母	大正昭和 平成 令和 X年X月X日	(株)国宝松江城 松江本店	○無・有
	マツエ イチロウ 松江市郎	兄	大正昭和 平成 令和 X年X月X日	高校進学予定	○無・有
	マツエ ボタン 松江牡丹	妹	大正昭和 平成 令和 X年X月X日	家庭保育 (入所申込中)	○無・有
	マツエ フマイ 松江不昧	祖父	大正昭和 平成 令和 X年X月X日	松江製茶場	○無・有
	マツエ シジミ 松江規	祖母	大正昭和 平成 令和 X年X月X日	無職	○無・有

祖母の状況	項目	フリガナ氏名	居住状況	住所	就労状況等
	父 祖	同上	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息	世帯分離していても同一住所地であれば同居とみなします。	就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) □疾病・介護等() □就労していない
	父 祖	同上	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明	□松江市 町・丁目 □市外()	就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) 疾病・介護等(膠原病) □就労していない
	方 母 祖	シマネ ケンイチ 島根 景一	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明	□松江市 町・丁目 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(隠岐の島町)	就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) □疾病・介護等() □就労していない
	方 母 祖	シマネ タケコ 島根 竹子	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明	□松江市 町・丁目 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(隠岐の島町)	就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) □疾病・介護等() □就労していない

4. 個人番号(マイナンバー)

申請者 の個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
父の個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
母の個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

申請者の子の扶養者(加入医療保険の被保険者)が父母以外の場合は、当該扶養者の個人番号を記入してください。

扶養者	フリガナ氏名	申請者の子の続柄	祖父や祖母が申請者の子の扶養者の場合は、扶養者の個人番号を記入してください。
	住所		
	個人番号		

申請者は、個人番号関係事務実施者として個人番号を提供する義務があります。申請時に個人番号を証明する書類及び本人確認書類を必ず提示してください。

- 個人番号を証明する書類の例
 - ①個人番号カード ②個人番号入りの住民票の写し ③個人番号入りの住民票記載事項証明書 ④通知カード
 - ※通知カードについては、記載された氏名、住所等が住民票に記載されている事項と一致している場合に限る。
- 本人確認書類の例
 - ①個人番号カード ②運転免許証など官公署が発行する顔写真付きの証明書

松江市記入欄	受付	空き枠	希望数	ひとり親