

特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業利用申込書

年 月 日

和光市長 様
(管理者 様)保護者 住所 _____
氏名 _____ 印
生年月日 _____
電話番号 _____

令和2年1月1日の住所【上記と異なるとき記入】

次のとおり、特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用について申し込みます。

申請に係る	氏名	年齢	生年月日	性別
小学校就学前 子ども	(ふりがな)		年 月 日生	男・女
支給認定証番号	※既に認定を受けている場合は記入してください。			
認定区分	□1号 ・ □2号(□標 □短) ・ □3号(□標 □短)			

備考 年齢の欄は、入園を希望する月の属する年度の4月1日の年齢を記入する。

① 利用を希望する期間及び施設(事業)名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する施設(事業)名	施設(事業)名	希望理由	事業所番号
	第1希望		※
	第2希望		※
	第3希望		※
	第4希望		※
第5希望		※	

② 第6希望以降の希望について(利用調整時に参考とさせていただきます。)

(ア) 上記以外の保育施設への入所は希望しない。□

(イ) 上記以外の保育施設への入所を希望する。□

※ (イ)にチェックを入れた方は、「別紙 利用調整希望施設」に入所を希望する施設にチェックを入れてください。

※ さいたま保育園は事業所内保育施設であるため、チャレンジド保育の対象外となります。

備考

- 必ず通える施設(事業者)のみ記入する。
- ※印の欄は記入しない。

③保育の利用に係る子ども及び保護者の状況（左欄の「優先保育の事由」に該当する場合のみ記入する。）

優先保育の事由	保護者記載欄	※市記載欄
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他()	ひとり親家庭等医療費受給者証 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 生活保護	市による就労支援 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 公共職業安定所求職申込 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	ハローワークカード <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 生計維持者の失業	生計維持者の氏名() 児童との続柄() 離職日(年 月 日) 上記以外に当該世帯の生計を維持する者 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	離職証明書・離職票 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 子どもの障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	手帳 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 育児休業	育児休業を取得している(していた)保護者の氏名() 児童との続柄() 育児休業期間(年 月 日～ 年 月 日)	就労(予定)証明書 <input type="checkbox"/> 育児休業証明書 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹と同一の保育所等	保育所等に通う兄弟姉妹の氏名() 上記の児童が通う保育所等の名称()	確認 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 地域型保育事業 (※2歳児以上のみ記入)	子どもの利用している地域型保育事業及び事業所等の名称 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業 () <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業 () <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業 () 連携施設の名称 ()	確認 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他		

※施設（事業者）記載欄 (施設（事業者）を経由して市に申込をする場合に使用)		受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	(事業所番号：)		
担当者氏名及び連絡先	(担当者)	(連絡先)	
備考			

※市記載欄		受付年月日	年 月 日
利用の可否		施設区分等	
可	年 月 日決定	<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型	
否	(※否の場合その理由)	<input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型	
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用施設（事業者）名	(事業所番号：)		
利用施設（事業者）の種類	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考			

