

記入例集

教育・保育給付認定申請書（現況届） 兼 保育所等入所申込書

※児童1人につき1枚必要です

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と、保育所等の入所を申込

提出日を記入してください。

代表保護者	ふりがな	せとうち たろう		現在、瀬戸内市外在住の方は記入してください。		8 年 11 月 20 日		
	氏名	瀬戸内 太郎						
対象児童	現住所	〒 701 - 4221	瀬戸内市邑久町尾張300-1	転入予定住所 ※申込時に市外の方のみ記入	令和9年4月1日の年齢を記入してください。			
	ふりがな	せとうち みらい		申込区分	☐ 継続 ☐ 転園 ☒ 新規	クラス年齢	3 歳児	
	氏名	瀬戸内 未来		生年月日	令和 5 年 6 月 6 日		性別	☐ 男 ☒ 女
	現住所	☒ 代表保護者と同じ		在園児で現在通っている園が第一希望の場合 → 継続 在園児で現在通う園とは異なる園が第一希望の場合 → 転園 瀬戸内市内の認可保育園に通っていない乳幼児 → 新規				
	障害者手帳等の有無	☐ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害 ☐ 特別児童扶養手当)						
	保育状況	☐ 家庭保育 ☒ 施設利用 (施設名: ○○保育園)		☐ その他 ()				
保育の希望の有無	☒ 有 (保育標準時間)	保護者の学働又は疾病等により、保育所・こども園等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園の保育時間)						
	☐ 無 (保育短時間)	申込み時点の保育状況を記入してください。						
	☐ 無 (教育時間認定)	(令和8年度中の入園内定している場合は、「その他」に✓し、「◎月～○○保育園に入園予定」と記入してください。)						

・「保育所・こども園等」とは、保育所、こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育
・「有」にチェック (✓) した場合は①～⑥に、「無」にチェック (✓) した場合は①、

「有」の場合、手帳の写しを添付してください。
(特別児童扶養手当や障害基礎年金を受給している場合も「有」に✓をし、証書等の写しを添付してください。)

①世帯の状況

代表保護者	ふりがな	せとうち たろう	児童との続柄	勤務先等	ABC運送	障害者手帳等	☐ 有 ☒ 無
	氏名	瀬戸内 太郎	☒ 父 ☐ 母	生年月日	昭和 60 年 9 月 9 日	備考	
	令和8年1月1日現在の住所地	代表保護者と同じ		令和9年1月1日現在の住所地	単身赴任等により保護者が対象児童と別居している場合は、別居先の住所を備考へ記入してください。		
保護者	ふりがな	せとうち はなこ	児童との続柄	勤務先等	いろは病院	障害者手帳等	☐ 有 ☐ 無
	氏名	瀬戸内 華子	☐ 父 ☒ 母	生年月日	昭和 60 年 10 月 2 日	備考	
	令和8年1月1日現在の住所地	代表保護者と同じ		令和9年1月1日現在の住所地	代表保護者と同じ		
初めてひとり親家庭として申し込む場合は、戸籍等を添付してください。 事実婚相手がいる場合は、世帯の状況に相手の氏名等を記入してください。				2	☐ 自宅 ☒ 父携帯 ☐ 母携帯 ☐ ()	090 - ●●●●●● - ●●●●●●	

家庭の状況	☐ ひとり親世帯 (☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ その他 ())	事実婚相手	☐ 無 ☐ 有			
	☐ 生活保護受給世帯 (年 月 日保護開始)					
対象児童と保護者を除く世帯員	ふりがな	氏名	学校名(学年)等については、令和9年4月1日時点の内容を記載してください。	勤務先又は学校名(学年)等	障害者手帳等	備考
	せとうち まさき	瀬戸内 将来	兄 ☒ H ☐ R 28 年 8 月 1 日	○●小学校(4年)	☐ 有 ☒ 無	
	せとうち しげお	瀬戸内 茂雄	祖父 ☐ T ☒ S 28 年 1 月 1 日	農業	☐ 有 ☐ 無	65歳未満の同居親族がいる場合、保育できない理由を備考欄へ記入してください。
	せとうち あいこ	瀬戸内 愛子	祖母 ☐ T ☒ S		☐ 有 ☒ 無	
			☐ H ☐ R		☐ 有 ☐ 無	
			☐ T ☐ S 年 月 日		☐ 有 ☐ 無	

同一住所内に居住する全員を記入してください(※別世帯の祖父母等も含む)。

「有」の場合、手帳の写しを添付してください。
(特別児童扶養手当や障害基礎年金を受給している場合も「有」に✓をし、証書等の写しを添付してください。)

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

兄弟姉妹が同じ園を利用希望もしくは、すでに在園している兄弟姉妹がいる場合は✓してください。

利用を希望する期間	令和 9 年 4 月 1 日			
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由	利用区分	兄弟姉妹同時利用	待機の希望
	第1希望 ○○○園 (希望理由) 自宅に近い	☐ 保育短時間を希望	☐	☐
	第2希望 △△△園 (希望理由) 兄が入園していたため	☐ 保育短時間を希望	☐	☐
	第3希望 ×××園 (希望理由) 自宅に近い	☐ 保育短時間を希望	☐	☐
	第4希望 ○×△園 (希望理由) 勤務地に近い	☐ 保育短時間を希望	☐	☐
	第5希望 希望なし (希望理由)	☐ 保育短時間を希望	☐	☐
入園を希望する園を第5希望まで記入してください。希望がない場合は「希望なし」と記入してください。		施設の利用時間や利用者負担額等をよく確認し、希望があれば✓してください。		
☒ 待機の希望欄にチェックした施設に空きが出るまで待つ ☐ 入園できれば上記希望以外でもよい → ☐ 全園 ☐				

・「利用区分」の欄は保育標準時間認定の場合のみ、保育短時間認定への変更が可能です。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保 育 の 利 用 を 必 要 と す る 理 由	代 表 保 護 者	必要とする理由					
		☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・負傷・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学等 ☐ その他					
		月の就労時間	被用者 自営業者	☒ 月160時間以上 ☐ 月100時間以上	☐ 月140時間以上 ☐ 月80時間以上	☐ 月120時間以上 ☐ 月48時間以上	
			内職	☐ 月120時間以上	☐ 月80時間以上	☐ 月48時間以上	
		保 護 者	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☒ 疾病・負傷・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学等 ☐ その他				
			被用者 自営業者	☐ 月160時間以上 ☐ 月100時間以上	☐ 月140時間以上 ☐ 月80時間以上	☐ 月120時間以上 ☐ 月48時間以上	
	内職	☐ 月120時間以上	☐ 月80時間以上	☐ 月48時間以上			

それぞれ該当するものに✓してください。
就労の場合、就労証明書の月就労時間を確認し、
該当するものに✓してください。

④兄弟姉妹で同時申込の場合の入園条件（1）～（4）いずれかにチェックをしてください。

☐ (1) 希望する施設内で同じ施設に内定する場合のみ入園を希望する
☐ (2) 同じ施設優先だが、叶わなければ別園でもよい
☐ (3) それぞれの希望順位優先で、別々の園でよい

☐ ① 兄弟姉妹全員が内定とならない場合は入園を希望しない
☐ ② 1人でも内定すれば入園させたい

☐ ① 兄弟姉妹全員が内定とならない場合は入園を希望しない
☐ ② 1人でも内定すれば入園させたい → (4)へ

※ (2)②または(3)②にチェックの方は(4)もご回答ください

(4) ☐ 優先児童有 (優先児童の名称:)
(優先児童が入所となるまで、他の児童の入所もできません)
☐ 優先児童無

※ 1人だけまたは一部の児童のみの入園となった場合も、保育要件（就労など）を満

※ (同じ施設がない場合は兄弟姉妹全員が保留となります。)

兄弟姉妹で申込みをする場合は下記例を参考に該当するものに✓してください。

※ 1人だけまたは一部の児童のみの入園となった場合も、保育要件（就労など）を満

※ 内定施設がない場合は入所保留となります。待機欄にチェックした方は、入所保留で施設に空きが出るまで待機となります。

⑤利用希望月に入園できなかった場合について

(1) 育児休業中の方 育児休業を ☐ 延長する（できる） ☐ 延長しない（できない） →

(2) 求職中の方 求職活動を ☐ 休止する ☐ 継続する → (3)へ

(3) 認可保育施設を利用できるまで他の施設等を利用する、または検討している方
→ ☒ 幼稚園 ☐ 認可外保育施設 ☐ 職場の託児所・提携保育施設 ☐ 一時預かり事業 ☐ 親族に預ける

入園できなかった場合について、該当するものに✓してください。

⑥申込児童について

(1) アレルギーの有無等 ☐ 無 ☒ 有 (☐ ぜんそく ☒ アトピー ☐ アレルギー 物質名:)

(2) その他 園へ伝える事 ☒ 無 ☐ 有 → (3)へ

(3) 具体的にチェック及びご記入ください。
→ ☒ 病院に相談している (病院名:)
(相談内容:)
☐ 療育に通っている (通所先:) 診断名等:)
☐ その他気になる事等 ()

申込児童について、当てはまるものがあれば✓してください。

⑦教育・保育給付認定申請及び保育所等入所申込に当たっての署名欄 ※必ず自筆で署名してください。

(1) 市が、この部分が「令和9年度」となっていることをご確認ください。保育給付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、利用負担金・納付義務に関する通知等は「代表保護者」をあて名として、「対象児童」の住所に送付すること。

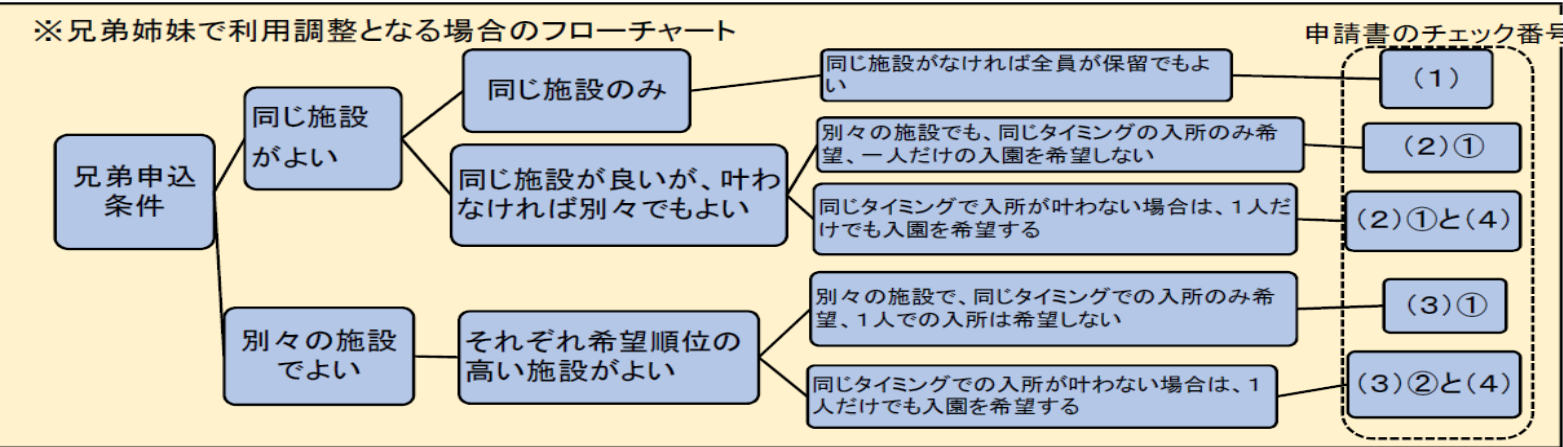
(2) 利用者負担金・納付義務に関する通知等は「代表保護者」をあて名として、「対象児童」の住所に送付すること。

(3) 「令和9年度保育園・こども園入園申込案内」の内容を理解し、保育給付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、利用負担金・納付義務に関する通知等は「代表保護者」をあて名として、「対象児童」の住所に送付すること。

(4) 支給認定証の交付については、利用の可否のお知らせと併せて、上記の事項を確認のうえ、同意します。

同意事項をよく確認し、それぞれ自筆で署名してください。

代表保護者氏名（自署） 瀬戸内 太郎 保護者氏名（自署） 瀬戸内 華子



就労証明書

瀬戸内市長

※保護者1人につき1枚提出が必要です

※本証明書は、保護者本人ではなく、保護者の就労先事業者等にて作成してください

- 勤務先に記入してもらってください。個人事業主を除き、保護者が記入した場合無効。
- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消し、訂正ください。修正液等による訂正不可。
- 就労証明書の有効期限は3カ月以内となります。
- 就労証明書の記入内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になります。
- 保育を必要とする事由に該当しない場合は、認定取消（退園）の可能性があります。
- 記入されている内容に疑義が生じた場合は右記担当者へ連絡させていただきます。

こども保育課 TEL 0869-24-8004

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

証明日	西暦	2026	年	9	月	20	日
事業所名	(株)ABC運送						
代表者名	中央 公太						
所在地	瀬戸内市邑久町尾張465-1						
電話番号	0869	—	26	—	〇〇〇〇		
担当者名	総務 花子						
記載者連絡先	0869	—	24	—	〇〇〇〇		

No.	項目	記載欄											
1	業種	必ずいずれかに✓してください。 ☐ 農業・林業 ☐ 漁業 ☐ 鉱業・採石業・砂利採取業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 運輸業・郵便業 ☐ 卸売業・小売業 ☐ 金融業・保険業 ☐ 不動産業・物品賃貸業 ☐ 学術研究・専門・技術サービス ☐ 宿泊業・飲食サービス業 ☐ 生活関連サービス業・娯楽業 ☐ 医療・福祉 ☐ 教育・学習支援業 ☐ 複合サービス事業 ☐ 公務 ☐ その他()											
2	フリガナ	セトウチ タロウ											
	本人氏名	瀬戸内 太郎						生年月日		1985 年 9 月 9 日			
3	雇用(予定)期間等	☐ 無期 ☒ 有期		(無期の場合は雇用開始日のみ)		2018 年 10 月 1 日 ~ 2026 年 9 月 30 日							
4	個人事業主と親族関係にあり、専従者控除の対象となる方は「自営業専従者」、無給で手伝いをしている方は「家族従業者」に✓してください。無給の方は、無給の理由を備考欄に記入してください。	名称		右上欄に記載の所在地(証明書発行事業所住所)と異なる場合は本人が実際に働いている勤務先の住所を記載してください。派遣の場合、こちらは派遣先を記載してください。勤務地が未定の場合は「未定」「変更の可能性有」などと記入してください。									
5		☐ 正社員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣社員 ☒ 契約社員 ☐ 会計年度任用職員 ☐ 非常勤・臨時職員 ☐ 役員											
		☐ 自営業主 ☐ 自営業専従者 ☐ 家族従業者 ☐ 内職 ☐ 業務委託 ☐ その他()		休憩時間がない場合は、「0」を記入してください。									
6	就労時間帯は、24時間表記で記入してください。夜間勤務など日をまたぐ場合には、0時~29時の幅(例えば22時から翌朝5時まで就労する場合は「22時00分~29時00分」)で記載してください。	月	火	水	木	金	土	就労時間に休憩時間は含めますが、残業時間は除いてください。		168 時間 分 (うち休憩時間 1200 分)			
		一月当たりの就労日数		月間 21 日		一週当たりの就労日数		週間 5 日					
		平日		8 時 30 分 ~ 16 時 30 分 (うち休憩時間 60 分)									
				9 時 30 分 ~ 17 時 30 分 (うち休憩時間 60 分)									
		日祝		時 分 ~									
	就労時間 (変則就労の場合)	合計時間		☐ 月間 ☐ 週間									
		就労日数		☐ 月間 ☐ 週間									
		主な就労時間帯・シフト時間帯		時 分									
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、時間数に休憩・残業時間を含む	年月	2025 年 10 月		年月	2025 年 9 月		年月	2025 年 8 月				
		22 日/月		176 時間/月		20 日/月		160 時間/月		22 日/月 176 時間/月			
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中		直近3か月の1か月当たりの就労日数を新しい順に記載してください。育休等で実績がない(少ない)場合は、育休前や通常勤務時の実績を記載してください。新規採用等で就労実績がない場合は今後の就労見込みを記載してください。※日数に有給休暇を含み、時間数に休憩・残業時間を含む									
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み											
10	産休・育休以外の休業の取得	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み		理由		☐ 介護休業 ☐ 病休 ☐ その他()							
11	復職(予定)年月日	☐ 復職予定 ☐ 復職済み		年 月 日		産休・育休、病休などから復職予定の場合は、期間・復職(予定)日を必ず記載してください。							
12	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中		育児のための短時間勤務制度利用(予定含む)について、いずれかに✓し、「有」の場合は、変更後の状況を記載してください。									
13	保育士等としての勤務実態の有無	☐ 有 ☐ 有(予定) ☒ 無		保育士等としての勤務実態について、いずれかに✓してください。ただし、保育士等の資格を有していても、保育士以外(例えば事務員)として働いている場合には「□無」としてください。									
14	(雇用契約の)満了後の更新の有無	☒ 有 ☐ 有(予定) ☐ 無 ☐ 未定		No3で「有期」の場合は満了後の更新の有無について、いずれかに✓してください。									
15	入所内定時育休短縮可否	☐ 可 ☐ 可(予定) ☐ 否											
16	育休延長可否	☐ 可 ☐ 可(予定) ☐ 否		育児休業の終了予定日より前の日時での保育所等の入所が内定した場合、育児休業を短縮し、復職することについて、いずれかに✓してください。									
17	単身赴任期間(予定含む)	年		保育所に入所できない場合など、育児休業の延長について、いずれかに✓してください。									
18	備考欄												
	家族従業者の方(無給で手伝いをしている方)は、事業主の確定申告の写しを添付のうえ、無給で従事している理由を事業主に詳しく記載してもらってください。農業の方は、主な農作物・作付面積・閑散期等をご記入ください。	児童名		生年月日		施設名		☐ 利用中 ☒ 申込中(第一希望)					
		瀬戸内 未来		2021 年 6 月 6 日		邑久保育園							
		児童名		生年月日		施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望)					
		児童名		生年月日		施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望)					

※就労以外の場合		保育利用事由申立書		【記入例】	
		令和 8 年 11 月 20 日			
申立人	住所	瀬戸内市 邑久町 尾張300-1			
	氏名	瀬戸内 華子	生年月日	S 60 年 10 月 2 日	
↓いずれか該当する□にチェックし、右欄をすべて記入してください。			添付書類等		
☐ 就学	学 校 名 : () 期 間 : R 年 月 日 ~ R 年 月 日 1ヵ月当たり平均 日 で、1日当たり平均 時間		1. 合格通知書または在学証明書の写し 2. カリキュラム表(時間割)の写し		
☐ 妊娠・出産	出産(予定)日: R 年 月 日		母子健康手帳(保護者氏名と出産予定日がわかるページ)の写し		
☐ 障がい	☐ 身体障害者手帳 (級) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) ☐ 療育手帳 () ☐ 介護保険証 要介護 () 要支援 ()		身体障害者手帳等(障害名・等級等がわかるページ)の写し ※身体障害者手帳3級(聴覚は4級)以下、精神障害者保健福祉手帳2級以下、療育手帳B、介護保険の要介護度が要介護1~2、要支援の場合は、診断書の写しが必要です。		
☐ 災害	被災日: R 年 月 日		罹災証明書の写し等		
☐ 疾病・負傷	傷病名・症状: () 状 態 : ☐ 入院 ☐ 通院 (☐ 月 ☐ 週 回) ☐ 寝たきり ☐ その他() 病 院 名 : () 治療期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日		瀬戸内市指定の診断書の写し ※診断書に自宅で保育ができない旨の記載が必要です。 ※診断書に治療期間の記載がない場合、3カ月に一度診断書の提出が必要です。		
☒ 介護・看護	介護(看護)を受ける人の住所・氏名・生年月日 住 所 瀬戸内市長船町土師277-4 氏 名 長船 一郎 生年月日 S 22 年 10 月 15 日 児童との続柄 ☐ 父 ☐ 母 ☒ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他() 病名・症状: (認知症) 状 態 : ☐ 入院 ☒ 通院 (☐ 月 ☒ 週 1 回) ☐ 寝たきり ☒ その他(食事等の日常生活の補助) 期 間 : R 8 年 6 月 1 日 ~ R 9 年 5 月 31 日 1ヵ月当たり平均 30 日 で、1日当たり平均 4 時間		1. 診断書、介護保険証等の写し ※介護保険の要介護度が要介護3~5の場合は、診断書は不要です。 2. 裏面の介護・看護スケジュール表を記入の上、下欄に民生委員の証明を受けてください。		
		※地区担当民生委員証明欄 令和 8 年 9 月 10 日 証明依頼者について、上記の内容が事実であることを証明します。 地区担当民生委員 住所: 瀬戸内市長船町土師1175-1 氏名: 民生 次郎			
☐ その他	☐ 求職活動 (最終離職日: 年 月 日) ☐ 社会的擁護(虐待・DV等) ☐ その他 ()		必要に応じて関係書類の提出が必要です。		

介護・看護スケジュール表

時間	月	火	水	木	金	土	日
0:00～1:00							
1:00～2:00							
2:00～3:00							
3:00～4:00							
4:00～5:00							
5:00～6:00							
6:00～7:00							
7:00～8:00	朝食補助	朝食補助					
8:00～9:00							
9:00～10:00							
10:00～11:00							
11:00～12:00							
12:00～13:00	昼食補助	昼食補助					
13:00～14:00							
14:00～15:00							
15:00～16:00	通院同行						
16:00～17:00							
17:00～18:00							
18:00～19:00	夕食補助	夕食補助					
19:00～20:00							
20:00～21:00	入浴補助	入浴補助					
21:00～22:00	分単位のものなど、細かい内容は備考欄に記入してください。						
22:00～23:00							
23:00～24:00							
備考欄	・排泄補助 5分×10回	・排泄補助 5分×10回	同左	同左	同左	同左	同左

〈認定に関する注意事項〉

- 「妊娠・出産」を理由に入所を希望される場合は、出産予定日の3カ月前から認定要件に該当となりますが、出産日より3カ月後、特に内容に変更がなければ、認定取消(退園)となります。
- 「求職」とは、就労のために求職活動を開始している状況をいいます。求職活動の状況が認められない場合、離職(入所)後3カ月以内に就職が決まらない場合は、認定取消(退園)となります。
- 記入内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になります。
- 保育を必要とする事由に該当しないことが判明した場合は、ご連絡がない場合でも、認定取消(退園)となる可能性があります。

※世帯で1枚提出

生計を一にする子どもに関する申告書

【記入例】

令和 8 年 11 月 20 日

「教育・保育給付認定申請書」の「代表保護者」欄へ記入した方と同一にしてください。

転入予定の方は、転入予定地を記入してください。

利用者の負担の軽減にかかる生計を一にする子どもについて、以下のとおり申告します。

代表保護者	住 所	瀬戸内市 邑久町 尾張300-1		
	氏 名	瀬戸内 太郎	電話番号	☐ 自宅 ☒ 父携帯 ☐ 母携帯() 090-0000-0000

生計を一にしている子どもの状況

※お子さんの年齢に制限なく、生計を一にする子どもをすべて記入してください。

※保育園・こども園入所申込み児童には、区分に○印をつけてください。

R9.4.1時点の状況を記入してください。
(申込み児童については、第1希望の園を記入してください。)

3つの項目それぞれにつき、該当する方に✓してください。

区分	ふりがな氏名	生年月日	R9.4.1 現在の年齢	学校・保育園等名	同居・ 別居の 区分	生計 関係	監護の 有無	市記入欄			
								前期	後期		
第1子	せとうち いちろう	☒ 平成	21 年 4 月 4 日	18 歳	△□ 高校	☐ 同居 ☒ 別居	☒ 同一 ☐ 別	☒ 有 ☐ 無	適 否		適 否
	瀬戸内 一郎	☐ 令和									
第2子	せとうち まさき	☒ 平成	28 年 6 月 3 日	10 歳	○× 小学校	☒ 同居 ☐ 別居	☒ 同一 ☐ 別	☒ 有 ☐ 無	適 否		適 否
	瀬戸内 将来	☐ 令和									
第3子	せとうち みらい	☐ 平成	5 年 6 月 6 日	3 歳	○○○ 園	☒ 同居 ☐ 別居	☒ 同一 ☐ 別	☒ 有 ☐ 無	適 否		適 否
	瀬戸内 未来	☒ 令和									
第4子		☐ 平成	年 月 日	歳		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 同一 ☐ 別	☐ 有 ☐ 無	適 否		適 否
第5子		☐ 平成	年 月 日	歳		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 同一 ☐ 別	☐ 有 ☐ 無	適 否		適 否
第6子		☐ 平成	年 月 日	歳		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 同一 ☐ 別	☐ 有 ☐ 無	適 否		適 否

保育園・こども園入所申込み児童の「区分」に○印をつけてください。

提出日時点ではなく、R9.4.1現在の年齢で記入してください。

保育園・こども園入所申込み児童の「区分」に○印をつけてください。

提出日時点ではなく、R9.4.1現在の年齢で記入してください。

上記に記入した子どものうち、次のものについては、次の理由により保護者と住所を別にしてしています。

区分	氏 名	住所を別にしてしている理由	仕送りの有無
例) 第1子	○○ ○○	大学通学のため、下宿している	☒ 有 ☐ 無
第1子	瀬戸内 一郎	高校通学のため、下宿している	☒ 有 ☐ 無

別居のお子さんがある場合には、記入と確認書類を添付してください。

※住所を別にしてしている子どもについては、必ず生計を一にしていることが分かる書類を添付してください。

例) 資格確認書の写し、仕送りしていることが分かる通帳のコピー など

瀬戸内市記入欄

前期分	市民税所得割額(合算計)	☐ 57,700円未満	☐ 77,101円未満	☐ その他
	減 免 区 分	☐ ひとり親世帯	☐ 障がい児(者)のいる世帯	
後期分	市民税所得割額(合算計)	☐ 57,700円未満	☐ 77,101円未満	☐ その他
	減 免 区 分	☐ ひとり親世帯	☐ 障がい児(者)のいる世帯	

給付認定に係る個人番号(マイナンバー)提供書【記入例】

※世帯で1枚提出

子育て支援給付に係る給付認定の必要書類として、下記のとおりマイナンバーを提供します。

「教育・保育給付認定申請書」の「代表保護者」欄へ記入した方と同一にしてください。

令和 8 年 11 月 20 日

ふりがな 代表保護者氏名	性別	生年月日	個人番号
せとうち たろう 瀬戸内 太郎	☒ 男 ☐ 女	☒ 昭和 ☐ 平成 60 年 9 月 9 日	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

【注意】・上記代表保護者氏名は、給付認定申請書の代表保護者欄へ記入した方と同一にしてください。
・代表保護者の本人確認及び番号確認が必要です。確認できず、本人確認が完了しない場合は、本人確認が完了した後に再提出してください。

○代表保護者と同一住所へお住まいの世帯員のマイナンバーを全て記入してください。
(別居で生計を一にする子どもがいる場合、住民票上世帯分離している場合も同一生計者として記入してください。)

裏面に、代表保護者の本人確認と番号確認のための資料のコピーを忘れずに添付してください。

ふりがな 氏 名	性別	生年月日	個人番号
せとうち みらい 瀬戸内 未来	☐ 男 ☒ 女	令和 5 年 6 月 6 日	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
	☐ 男 ☐ 女	令和 年 月 日	
	☐ 男 ☐ 女	年 月 日	
せとうち はなこ 瀬戸内 華子	☐ 男 ☒ 女	☒ 昭和 ☐ 平成 60 年 10 月 2 日	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
せとうち まさき 瀬戸内 将来	☐ 男 ☒ 女	☐ 昭和 ☒ 平成 28 年 6 月 3 日	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
せとうち しげお 瀬戸内 茂雄	☐ 男 ☒ 女	☒ 昭和 ☐ 平成 28 年 1 月 1 日	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
せとうち あいこ 瀬戸内 愛子	☐ 男 ☒ 女	☒ 昭和 ☐ 平成 36 年 12 月 12 日	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6
	☐ 男 ☐ 女	昭和 平成 年 月 日	

兄弟姉妹で同時に申請希望の場合は、対象児童をすべて記入してください。

対象児童、同居又は同一生計者のマイナンバーは、代表保護者が番号を確認し、すべての方のマイナンバーを記入してください。

※個人番号確認の同意

給付認定に伴うマイナンバーの提供について、記入漏れ等があった場合やマイナンバーが不明な場合、瀬戸内市が住民基本台帳ネットワーク等から児童の世帯員のマイナンバーを確認することについて同意します。

令和 8 年 11 月 20 日

代表保護者氏名

瀬戸内 太郎

備 考

- 子ども・子育て支援法施行規則の一部改正に伴い、給付認定に係る手続きの際、マイナンバー制度の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。なお、マイナンバーの利用により場合があります。
- ご提出いただいたマイナンバーは、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(以下番号法)第9条に基づき、本申請に係る事務の処理に必要な範囲を超えて利用することはありません。
- 本書は、番号法第14条に基づき提出していただくものです。
- ご提供いただいた特定個人情報、番号法第19条に定められた場合を除き、他機関等に提供することはありません。
- マイナンバーは、瀬戸内市において厳重に保管・管理し、施設等では保管・管理いたしません。
- 本書は、児童の認定取消後には破棄します。そのため、再認定や弟・妹などが新規で認定を受ける場合には、新たに書類の提出をお願いすることになりますので予めご了承ください。

上記、代表保護者が自筆で署名してください。

※市記入欄

本人確認に使用した書類	番号確認に使用した書類
☐ 個人番号カード(表) ☐ 身体障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ その他写真付き身分証明書() ☐ 写真のない身分証明書 ※2つ以上 () ()	☐ 個人番号カード(裏) ☐ 通知番号カード ☐ 住民票(個人番号記載のあるもの) ☐ その他 () ()