

教育・保育給付認定（現況確認届）申請書 兼 令和7年度入園申込書

南魚沼市長 宛て

次のとおり施設型給付・地域型保育給付に係る教育・保育給付認定を申請します。

令和 年 月 日		申請者（保護者）氏名		
ふ り が な		性 別	入園年度 4 月 1 日時点の年齢	
申 請 児 童		男・女	（ 歳） 平成 年 月 日生 令和	
現 在 の			継 続 ・ 転 園	
利 用 施 設				
住 所	〒 — 南魚沼市		連 絡 先	
行 政 区			（固定電話・携帯） 優先順位	
（ ）			父携帯 — — （ ） 母携帯 — — （ ） 自 宅 — — （ ）	
父	ふ り が な		生 年 月 日	
	氏 名		平成 年 月 日 昭和 （ 歳）	
	保 育 の 必 要 な 事 由 （2・3号のみ）	☐ 就労 （就労先： ） ☐ 同居親族の介護・看護 ☐ 病気等 ☐ 家庭の災害 ☐ 求職中 ☐ 就学 ☐ 育児休業（継続児のみ） ☐ その他（ ）		
母	ふ り が な		生 年 月 日	
	氏 名		平成 年 月 日 昭和 （ 歳）	
	保 育 の 必 要 な 事 由 （2・3号のみ）	☐ 就労 （就労先： ） ☐ 同居親族の介護・看護 ☐ 病気等 ☐ 家庭の災害 ☐ 求職中 ☐ 就学 ☐ 妊娠・出産 ☐ 育児休業（継続児のみ） ☐ その他（ ）		
（申請児童・世帯構成 ・父母除く）	氏 名	続 柄	生 年 月 日	勤務先または学校名
			令 平 昭 大 年 月 日	
			令 平 昭 大 年 月 日	
			令 平 昭 大 年 月 日	
			令 平 昭 大 年 月 日	
			令 平 昭 大 年 月 日	
☐ ひとり親家庭 ↳ ☐ 未婚のひとり親 ☐ 離婚調停中 ☐ 生活保護世帯 ☐ 同居親族に障がい者（※1）がいる （児童本人も含む。右の種類に○）		手帳等の種類に○を付けてください。 ※1 身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 療育手帳 特別児童扶養手当 ・ 障害基礎年金 のどちらかを受給		
希 望 す る 認 定	☐ 1号(教育)認定 ☐ 2・3号(保育)標準時間認定 ☐ 2・3号(保育)短時間認定			
利 用 希 望 時 間	☐ 月曜 ☐ 火曜 ☐ 水曜 ☐ 木曜 ☐ 金曜 ☐ 土曜 ☐ 日曜 時 分 から 時 分まで			

認定を受ける児童について次のとおり教育・保育施設等の利用を希望します。

施設の利用希望期			令和 年 月 日から	☐ 令和 年 月 日まで ☐ 小学校就学始期まで
希 望 施 設	施設名			希望理由
	第 １ 希 望			
	第 ２ 希 望			
	第 ３ 希 望			
特 別 な 配 慮 の 必 要 性		☐ 身体障害者手帳の交付を受けている ☐ 療育手帳の交付を受けている ☐ 療育相談等で診断を受けている ☐ 医療機関等から加配職員の配置が勧められている ☐ アレルギーがある（ ） ☐ 持病がある（ ） ☐ その他（ ）		
兄 弟 姉 妹 で 同時に申込む方		☐ 同時に同じ施設の利用のみ希望(入園できるまで待つ) ☐ 同時なら別々の施設でも希望 ☐ 一人だけでも希望 ☐ 同時に入園できない場合は希望しない		
☐ 第 1 希望の施設が入所できなかったら保留通知を希望します。(入園できるまで待つ)				

その他（備考等）

--

*南魚沼市記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	施設名				
処理日	令和 年 月 日	入力		確認		
備考						

*施設記載欄（施設を経由して提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日		
施設名		入園日（新規のみ）	令和 年 月 日
備考			