様式第１号の７（第３条関係）

年　　月　　日

教育・保育給付認定申請書兼保育施設等利用申請書

（宛先）小金井市長

申請者（保護者）氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり、施設型給付費及び地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。
なお、認定・利用調整の決定に必要な場合、世帯の認可外保育施設の利用状況について市長が確認することに同意します。
また、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定及び利用調整に必要な市区町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること並びにその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

１　申請児童について

氏　　名	(フリガナ)	生年月日	年　月　日	性別	男 ・ 女
現 住 所					
個 人 番 号		障害者手帳等（※１）	□無　□有（手帳名：　　）		
利 用 希 望	□保育所等（※２）において、**保育標準時間（11時間）保育**の利用を希望				
	□保育所等（※２）において、**保育短時間（8時間）保育**の利用を希望				
	□幼稚園等（※３）の利用を希望（保育所との併願の場合を除く。）				

※１ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害年金をいいます。

※２ 保育所、認定こども園（保育部分）、特定地域型保育事業（小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育及び企業主導型保育事業をいいます。居宅訪問型保育は、次の①から⑤までの場合のみ給付対象となります。①障害、疾病等の程度を勘案して集団保育が著しく困難であると認められる場合、②教育・保育施設又は特定地域型保育事業者が利用定員の減少の届出又は確認の辞退をする場合に、保育の継続的な利用の受け皿として保育を行う場合、③児童福祉法に基づく措置に対応するために保育を行う場合、④ひとり親家庭で夜間の勤務がある場合等、居宅訪問型保育の必要性が高い場合、⑤離島、へき地などであって、居宅訪問型保育事業以外の家庭的保育事業等の確保が困難であると市が認める場合）

※３ 幼稚園及び認定こども園（教育部分）をいいます。

２　保護者について

●家庭状況（　□ ひとり親家庭である。　　□ ひとり親家庭ではない。　）

		保 護 者 １ （ 申 請 者 ）		保護者２	
氏　　名		(フリガナ)		(フリガナ)	
生 年 月 日		年　月　日	続柄（※１）　父・母 他（　）	年　月　日	続柄（※１）　父・母 他（　）
個 人 番 号					
住　　所（令和８年１月１日現在）		□申請児童の現住所と同じ □申請児童の現住所と異なる。 →（　　区・市・町・村）		□申請児童の現住所と同じ □申請児童の現住所と異なる。 →（　　区・市・町・村）	
住　　所（令和９年１月１日現在）		□申請児童の現住所と同じ □申請児童の現住所と異なる。 →（　　区・市・町・村）		□申請児童の現住所と同じ □申請児童の現住所と異なる。 →（　　区・市・町・村）	
電 話 番 号		－　　－		－　　－	
障害者手帳等（※２）		□無　□有（手帳名：　　）		□無　□有（手帳名：　　）	
祖父母（※３）	祖父	□同居　□別居・不存在		□同居　□別居・不存在	
	祖母	□同居　□別居・不存在		□同居　□別居・不存在	
保育を必要とする理由		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害 □介護・看護　□災害復旧　□求職活動 □就学　□虐待・ＤＶのおそれ □その他（　　）		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害 □介護・看護　□災害復旧　□求職活動 □就学　□虐待・ＤＶのおそれ □その他（　　）	

※１ 申請児童に対するものを記入

※２ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害年金をいいます。

※３ 申請児童に対する続柄

3　世帯状況について

●生活保護（　□受けていない。　□ 受けている（受給開始日　　年　　月　　日）。）

●世帯構成員（申請児童・保護者を除く。）

	1			2		
氏　　名	(フリガナ)			(フリガナ)		
生年月日	年　月　日	続柄（※1）		年　月　日	続柄（※1）	
個人番号						
保育園名 学校名等						
障害者手帳等（※2）	□無　□有（手帳名：　　）			□無　□有（手帳名：　　）		

	3			4		
氏　　名	(フリガナ)			(フリガナ)		
生年月日	年　月　日	続柄（※1）		年　月　日	続柄（※1）	
個人番号						
保育園名 学校名等						
障害者手帳等（※2）	□無　□有（手帳名：　　）			□無　□有（手帳名：　　）		

※1 申請児童に対するものを記入

※2 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害年金をいいます。

4　利用希望について

●利用を希望する期間及び希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年　月　1　日から　□ 就学前まで □　年　月　日まで	転園申請の該非	□転園申請である。 □転園申請ではない。

利用希望保育施設				
	第1希望　特保	第2希望　特保	第3希望　特保	第4希望　特保
	第5希望　特保	第6希望　特保	第7希望　特保	第8希望　特保
	第9希望　特保	第10希望　特保	第11希望　特保	第12希望　特保
	第13希望以降は、特定地域型保育事業のみ書くことができます。			
	第13希望　特保	第14希望　特保	第15希望　特保	第16希望　特保

※ 希望施設での特別支援保育を希望する利用申請の場合、特保に○をつけてください。特別支援保育とは、お子さんの障がい又は疾病の症状などにより、保育の実施に当たり特別な配慮を必要とすることをいいます。

●本児童を含めたきょうだい２人以上で同時に利用申請の場合の意向について

□本児童のみの利用申請である。

□きょうだい２人以上（本児童を含む。）を同時に利用申請している。

→ □A　全員が同時に同じ施設に入園できる場合のみ希望する。それ以外の入園は辞退する。

→ □B　全員が同時に入園できれば別々の施設でも希望する。全員が同時に入園できない場合は辞退する。

→ □B－1　希望順位が低い施設でもきょうだい同時に入園できる場合は希望する。

→ □B－2　きょうだい別々でも、それぞれの希望順位が高い施設の入園を希望する。

→ □C　きょうだいのうち１人だけの入園でも希望する。

→ □C－1　希望順位が低い施設にきょうだい同時に入園できる場合は希望する。

→ □C－2　きょうだい別々でも、それぞれの希望順位が高い施設の入園を希望する。

（裏面）