

令和8年 10月 14日

教育・保育給付認定申請書兼保育施設等利用申請書

保護者のうち1名をご記入ください。

(宛先) 小金井市長

申請者（保護者）氏名

小金井 太郎

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住民税の情報（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) コガネイ ジロウ<br>小金井 次郎                                                                                                                                                                                      | 生年月日 | 令和7年 8月 8日 | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| 現住所  | 小金井市本町6丁目6番3号                                                                                                                                                                                                  |      |            |    |                                                            |
| 個人番号 | * * * * * 障害者手帳等（※1） <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（手帳名：）                                                                                                                    |      |            |    |                                                            |
| 利用希望 | <input checked="" type="checkbox"/> 保育所等（※2）において、 <b>保育標準時間（11時間）</b> 保育の利用を希望<br><input type="checkbox"/> 保育所等（※2）において、 <b>保育短時間（8時間）</b> 保育の利用を希望<br><input type="checkbox"/> 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児童福祉法に基づき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。

保育時間（標準時間または短時間）をご選択ください。

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                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| (フリガナ) コガネイ タロウ<br>小金井 太郎   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (フリガナ) コガネイ ハナコ<br>小金井 花子   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 平成4年 3月 3日 続柄(※1) 父(母) 他( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 平成3年 2月 2日 続柄(※1) 父(母) 他( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 個人番号                        | * * * * *                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 個人番号                        | * * * * *                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 住所(令和8年1月1日現在)              | <input checked="" type="checkbox"/> 申請児童の現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請児童の現住所と異なる。<br>→ ( 区・市・町・村 )                                                                                                                                                                                               | 住所(令和8年1月1日現在)              | <input type="checkbox"/> 申請児童の現住所と同じ<br><input checked="" type="checkbox"/> 申請児童の現住所と異なる。<br>→ ( 〇〇 区・市・町・村 )                                                                                                                                                                                            |
| 住所(令和9年1月1日現在)              | <input checked="" type="checkbox"/> 申請児童の現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請児童の現住所と異なる。<br>→ ( 区・市・町・村 )                                                                                                                                                                                               | 住所(令和9年1月1日現在)              | <input checked="" type="checkbox"/> 申請児童の現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請児童の現住所と異なる。<br>→ ( 区・市・町・村 )                                                                                                                                                                                               |
| 電話番号                        | 090 - ×××× - ××××                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 電話番号                        | 090 - ×××× - ××××                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 障害者手帳等(※2)                  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（手帳名：）                                                                                                                                                                                                                                   | 障害者手帳等(※2)                  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（手帳名：）                                                                                                                                                                                                                                   |
| 祖父母(※3)                     | 祖父 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居・不存在<br>祖母 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居・不存在                                                                                                                                                   | 祖父母(※3)                     | 祖父 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居・不存在<br>祖母 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居・不存在                                                                                                                                                   |
| 保育を必要とする理由                  | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害<br><input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動<br><input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 保育を必要とする理由                  | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害<br><input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動<br><input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |

令和8年と令和9年の住所地についてご記入ください。

4月申請時は、予定の内容をご記入ください。

※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  
(表面)

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) コガネイ サチコ<br>小金井 幸子                                               | (フリガナ) コガネイ イチロウ<br>小金井 一郎                                              |
| 生 年 月 日            | 平成30年 4月 4日 続柄(※1) 姉                                                    | 令和5年 5月 5日 続柄(※1) 兄                                                     |
| 個 人 番 号            | * * * * * * * * * * * * * * * * * *                                     | * * * * * * * * * * * * * * * * * *                                     |
| 保 育 園 名<br>学 校 名 等 | ●●小学校                                                                   | ●●保育園                                                                   |
| 障害者手帳等<br>(※2)     | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（手帳名： ） | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（手帳名： ） |

|                    |                                                                         |                                                              |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                    | 3                                                                       | 4                                                            |
| 氏 名                | (フリガナ) サクラ シンゲル<br>桜 茂                                                  | (フリガナ)                                                       |
| 生 年 月 日            | 昭和28年 6月 6日 続柄(※1) 祖父                                                   | 年 月                                                          |
| 個 人 番 号            | * * * * * * * * * * * * * * * * * *                                     |                                                              |
| 保 育 園 名<br>学 校 名 等 |                                                                         |                                                              |
| 障害者手帳等<br>(※2)     | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（手帳名： ） | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（手帳名： ） |

申請児童・保護者を除  
き、同居人を含む全て  
をご記入ください。  
5名以上の場合は枠外  
にご記入ください。

※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<br>する 期 間              | 令和9年 4月 1 日から <input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで<br><input type="checkbox"/> 年 月 日まで | 転園申請<br>の 該 非     | <input type="checkbox"/> 転園申請である。<br><input checked="" type="checkbox"/> 転園申請ではない。 |                   |
| 利用<br>希望<br>保<br>育<br>施<br>設 | 第1希望<br>●●保育園 特保                                                                            | 第2希望<br>●●保育園 特保  | 第3希望<br>●●保育園 特保                                                                   | 第4希望<br>●●保育園 特保  |
|                              | 第5希望<br>●●保育園 特保                                                                            | 第6希望<br>●●保育園 特保  | 第7希望<br>●●保育園 特保                                                                   | 第8希望<br>●●保育園 特保  |
|                              | 第9希望<br>●●保育園 特保                                                                            | 第10希望<br>●●保育園 特保 | 第11希望<br>●●保育園 特保                                                                  | 第12希望<br>●●保育園 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<br>●●保育園                                                                              | 第16希望<br>特保       |                                                                                    | 特保                |

特別支援保育をご希望の  
場合は、「特保」に○を  
ご記入ください。  
※P4をご参照ください。

※ 希望施設での特別支援保育  
は疾病の症状などにより、

きょうだい2人以上を同時に申  
請する場合は、いずれかをご選  
択ください。  
※P19、20をご参照ください。

ください。特別支援保育とは、お子さんの障がい又  
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。それ以外に入園は辞退する。

☐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)