

支 給 認 定 申 請 書

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

市町村が施設型給付費の支給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し、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。

支給認定番号		児童コード	
---------------	--	--------------	--

		平成 年 月 日	
保護者	フリガナ		連絡先 (自宅) (携帯 父・母)
	氏名	印	
	住所	(〒 -) 宇都宮市	
	前年1月1日の住所		
児童	フリガナ	性 別	男 ・ 女
	氏名	年 齢	歳 (入所希望年度4月1日時点)
		生年月日	平成 年 月 日
保育園の希望の有無(※)		有 : 保育施設等と幼稚園等の併願を希望する場合 無 : 保育施設等の利用を希望しない場合	
生活保護の適用		有 ・ 無	児童の障がい者手帳の有無
			有 ・ 無

(※)・「保育施設等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは、給付対象施設の幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

世帯の状況(祖父母、おじ、おばは除く。)

児童の世帯員	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	備考	課税の有無	
			本人	H 年 月 日	男・女			—
				S.H 年 月 日	男・女			有・無
				S.H 年 月 日	男・女			有・無
				S.H 年 月 日	男・女			有・無
				S.H 年 月 日	男・女			有・無

※以下は記入しないでください。

*** 宇都宮市記載欄**

認定の可否	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由)	□ 1号
平成 年 月 日	
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
備考	

*** 施設記載欄 (施設(事業者)を経由して市に提出する場合)**

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内容)の有無	有(契約・内定(平成 年 月 日契約(内定)))・無
備考	

支給認定申請書

記載例

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

市町村が施設型給付費の支給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し、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。

支給認定番号		児童コード		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
保護者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		連絡先	(自宅) 028-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) (父・母) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	氏名	宇都宮 太郎			
	住所	(〒320 - 〇〇〇〇) 宇都宮市旭一丁目1番5号			
	前年1月1日の住所	宇都宮市白沢町500番地 (同じ場合は同上と記載してください)			
児童	フリガナ	ウツノミヤ イチロウ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	宇都宮 一郎		年齢	3 歳 (入所希望年度4月1日時点)
				生年月日	平成 23年 4月 20日
保育園の希望の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保育施設等と幼稚園等の併願を希望する場合 無 : 保育施設等の利用を希望しない場合				
生活保護の適用	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		児童の障がい者手帳の有無 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		

(※)・「保育施設等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは、給付対象施設の幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

世帯の状況(祖父母、おじ、おばは除く。)

氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	備考	課税の有無
宇都宮 一郎	本人	H 23年 4月 20日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女			—
宇都宮 太郎	父	<input checked="" type="radio"/> S.H 51年 4月 4日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	株〇〇商事		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
宇都宮 市子	母	<input checked="" type="radio"/> S.H 51年 5月 5日	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女			有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
宇都宮 花子	妹	S.H <input checked="" type="radio"/> 26年 4月 20日	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女			有 ・ 無
		S.H 年 月 日	男 ・ 女			有 ・ 無

※以下は記入しないでください。

* 宇都宮市記載欄

認定の可否	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由)	□ 1号
平成 年 月 日	
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
備考	

* 施設記載欄 (施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内容)の有無	有(契約・内定(平成 年 月 日契約(内定)))・無
備考	

支給認定申請書・入所（園）申込書（保育児童台帳）

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長, 認定こども園長, 地域型保育事業者

次のとおり, 施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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し, 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。

また, 保育施設等申込に関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

支給認定番号		児童コード	
--------	--	-------	--

		平成	年	月	日
保護者	フリガナ				
	氏名			印	連絡先 (自宅) (携帯) (父・母)
	住所	(〒 -) 宇都宮市			
	前年1月1日の住所				
児童	フリガナ			性別	男・女
	氏名			年齢	歳 (入所希望年度4月1日時点)
				生年月日	平成 年 月 日
幼稚園等の希望の有無(※)	有 : 保育施設等に入所できない場合、幼稚園等の利用を希望する場合 (保育施設等と幼稚園等の併願を含む。) 無 : 幼稚園等の利用を希望しない場合				
生活保護の適用	有・無		児童の障がい者手帳の有無	有・無	

(※)・「保育施設等」とは, 保育所, 認定こども園(保育部分), 小規模保育, 家庭的保育, 居宅訪問型保育, 事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは, 給付対象施設の幼稚園, 認定こども園(教育部分)をいいます。

①世帯の状況(祖父母, おじ, おばは除く。)

児童の世帯員	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	備考	課税の有無
			本人	H 年 月 日	男・女		
			S.H 年 月 日	男・女			有・無
			S.H 年 月 日	男・女			有・無
			S.H 年 月 日	男・女			有・無
			S.H 年 月 日	男・女			有・無

②利用希望期間, 希望施設(事業者)名

利用希望期間	平成 年 月 1日から平成 年 月末日まで	事業所番号 ※記入不要
希望施設(事業者)名	(第1希望)	(理由)
	(第2希望)	(理由)
	(第3希望)	(理由)
	(第4希望)	(理由)
	(第5希望)	(理由)
	(第6希望)	(理由)
	(第7希望) 以降	(理由)
あっせん(利用調整後, 希望園以外の入所状況を御案内します。)の希望		有・無

③きょうだい同時に申し込む場合の条件

<input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育施設等を希望(空くまで待つ)	<input type="checkbox"/> 同時期であれば別々の保育施設等でもよい
<input type="checkbox"/> ひとりでも先に入所させたい(優先児童)ひとり入所後は, <input type="checkbox"/> 同じ保育施設等を希望 <input type="checkbox"/> 別々の保育施設等でもよい	

④保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由			
父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間 時間/月		
母	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障がい等級 級	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	病名・病院名 ()	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 就労	病人名・病名 ()	
	勤務先名	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	住所	就学時間 時 分 ~ 時 分	
連絡先	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産		
就労時間 時間/月	出産予定日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級	<input type="checkbox"/> 求職活動		
病名・病院名 ()			
ひとり親世帯状況	死別・離別・別居・行方不明・未婚・単身赴任・()		時期 年 月 日
希望する利用時間・曜日	利用時間 時から 時まで	利用曜日 曜日から 曜日まで	備考

⑤申込児童の現況

発達に関する心配	有・無	具体的に
アレルギー	有・無	具体的に

⑥祖父母の状況

申込児童の祖父母の氏名	生 年 月 日	住 所	同居・別居等の別	健康状況	職 業 等
父 方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障
母 方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障

※以下は記入しないでください。

*宇都宮市記載欄

認定の可否 (可・否とする理由)	認定区分等 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
平成 年 月 日	
支給(入所)の可否 (可・否とする理由) [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]	支給(利用)期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
入所施設事業者名	
<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	

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
備考	

支給認定申請書・入所（園）申込書（保育児童台帳）

（あて先）宇都宮市社会福祉事務局長，認定こども園長，地域型保育事業者

次のとおり，施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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。

また，保育施設等申込に関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

記載例

支給認定番号		児童コード		平成 ○○年 ○○月 ○○日	
保護者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		連絡先	(自宅) 028-0000-0000 (携帯) (父・母) 090-0000-0000
	氏名	宇都宮 太郎			
	住所	(〒320-0000) 宇都宮市旭一丁目1番5号			
前年1月1日の住所		宇都宮市白沢町500番地（同じ場合は同上と記載してください）			
児童	フリガナ	ウツノミヤ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	宇都宮 花子		年齢	0歳（入所希望年度4月1日時点）
	生年月日		平成 26年 4月 20日		
幼稚園等の希望の有無（※）	<input checked="" type="radio"/> 有：保育施設等に入所できない場合、幼稚園等の利用を希望する場合 （保育施設等と幼稚園等の併願を含む。） <input type="radio"/> 無：幼稚園等の利用を希望しない場合				
生活保護の適用	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		児童の障がい者手帳の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	

本人記載の場合不要

（※）「保育施設等」とは，保育所，認定こども園（保育部分），小規模保育，家庭的保育，居宅訪問型保育，事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは，給付対象施設の幼稚園，認定こども園（教育部分）をいいます。

①世帯の状況（祖父母，おじ，おばは除く。）

氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	備考	課税の有無
宇都宮 花子	本人	H 26年 4月 20日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女			—
宇都宮 太郎	父	<input checked="" type="radio"/> H 51年 4月 4日	<input checked="" type="radio"/> 男・女	株〇〇商事		<input checked="" type="radio"/> 有・無
宇都宮 市子	母	<input checked="" type="radio"/> H 51年 5月 5日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	株〇〇銀行		<input checked="" type="radio"/> 有・無
宇都宮 一郎	兄	S <input checked="" type="radio"/> 24年 6月 6日	<input checked="" type="radio"/> 男・女			有・無
		S.H 年 月 日	男・女			有・無

②利用希望期間，希望施設（事業者）名

利用希望期間	平成 27年 4月 1日から平成○○年 3月末日まで			事業所番号 ※記入不要
希望施設（事業者）名	(第1希望)	〇〇〇保育園	(理由)	希望理由について ・ 自宅から近い ・ 兄が通っている ・ 保育方針に共感できる など，希望理由を各々記載してください。
	(第2希望)	×××幼児園	(理由)	
	(第3希望)	△△△保育園	(理由)	
	(第4希望)		(理由)	
	(第5希望)			
	(第6希望)			
	(第7希望)以降			
あっせん（利用調整後，希望園以外の入所状況を御案内します。）の希望				<input checked="" type="radio"/> 有・無

【あっせんとは・・・？】
利用調整後，入所保留となった方に受入れ枠に余裕のある保育施設の情報提供をするものです。

③きょうだい同時に申し込む場合の条件

<input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育施設等を希望（空くまで待つ）	<input type="checkbox"/> 同時期であれば別々の保育施設等でもよい
<input checked="" type="checkbox"/> ひとりでも先に入所させたい（優先児童 一郎）ひとり入所後は， <input checked="" type="checkbox"/> 同じ保育施設等を希望 <input type="checkbox"/> 別々の保育施設等でもよい	

④保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由			
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名 (株)〇〇商事	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所 宇都宮市駒生町〇〇番地〇	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先 028-〇〇〇-〇〇〇〇	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間 160時間/月		
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障がい等級 級 病名・病院名 ()		<input type="checkbox"/> 求職活動	該当理由に☑チェックし、 必要事項を記入してください。
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	
	勤務先名 (株)〇〇銀行	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所 宇都宮市平出町〇〇番地〇	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先 028-〇〇〇-〇〇〇〇	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間 140時間/月	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級 病名・病院名 ()		出産予定日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 求職活動
ひとり親世帯状況	死別・離別・別居・行方不明・未婚・単身赴任・()		時期 年 月 日
希望する利用 時間・曜日	利用時間 8時から 18時まで	利用曜日 月曜日から 金曜日まで	備考

⑤申込児童の現況

発達に関する心配	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	具体的に	日ごろの生活で気になることや、定期健診などで医師や保健師から指摘を受けたことなどがありましたら記載してください。(言葉が遅い・体重が増えない・落ち着きがなく多動・喘息の発作があるなど)
アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	具体的に	

⑥祖父母の状況

申込児童の祖父母の氏名	生年月日	住所	同居・別居等の別	健康状況	職業等	
父方	祖父 宇都宮 保	S24年 7月 7日	宇都宮市旭一丁目1番5号	同居・別居 (死亡)	普・弱・障	
	祖母 宇都宮 育子	S25年 8月 8日		(同居)・別居・死亡	普 (弱)・障	なし
母方	祖父 栃木 健男	S27年 9月 9日	千葉市中央区〇〇〇丁目〇番〇号	同居 (別居)・死亡	(普)・弱・障	会社員
	祖母 栃木 康子	S26年10月10日		同居 (別居)・死亡	(普)・弱・障	パート

※以下は記入しないでください。

*宇都宮市記載欄

認定の可否 (可・否) (否とする理由)	認定区分等 □2号 □3号 (□標 □短)
平成 年 月 日	
支給(入所)の可否 (可・否) (否とする理由) [□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]	支給(利用)期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
入所施設事業者名	
□認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)	
備考	

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
備考	

勤務（内定）証明書

児童番号	①	②	③
保育施設等名			

本人記入欄

住所	宇都宮市		フリガナ	
			児童名	
	生年月日	平成	年	月 日
	フリガナ			
	児童名			
	生年月日	平成	年	月 日
氏名	児童との続柄	フリガナ		
		児童名		
		生年月日	平成	年

事業所記入欄
 ◎該当する全ての項目についてご記入してください。 ◎代表者印の無いものは無効です。
 ◎労働基準法に基づく雇用契約の内容をご記入ください。

勤務先名称	(派遣の場合は派遣先)		電話番号	()
勤務先住所				-
就労開始年月日	昭和 平成	年 月 日	※雇用契約期間が決まっている場合	平成 年 月 日 雇用契約更新 有・無
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤(正社員及び社会保険加入等の正社員に準ずる者) <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 非常勤(パート等) <input type="checkbox"/> その他() 基本給 円 (<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給)			
勤務時間及び勤務日数	平日	時 分 ~ 時 分	1日平均	時間
	土曜日	時 分 ~ 時 分	(休憩時間を除く。)	
	日曜日、祝日	時 分 ~ 時 分	週平均	日
	※変則勤務の場合	時 分 ~ 時 分	休憩時間	分
		時 分 ~ 時 分	通勤時間 往復	分
		時 分 ~ 時 分		
休務日	日	月	火	水
			木	金
			土	不定期 []
仕事内容				
最近(育休・産休の場合は休業前)3ヶ月の勤務日数及び総支給額	月 勤務日数(日)	月 勤務日数(日)	月 勤務日数(日)	円
法令による産前・産後休暇又は育児休業を取得している場合	【産休】	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで	【育休】	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで
	【復職年月日】	平成 年 月 日		
上記内容について問い合わせる場合がありますので、ご記入ください。				
問い合わせ先電話番号 ()			-	記入者

上記のとおり 勤務 内定 していることを証明します。

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長
 認定こども園長
 地域型保育事業者

平成 年 月 日

所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

自営業等就労申立書

児童番号	①	②	③
保育施設等名			

本人記入欄

住所	宇都宮市		フリガナ	
			児童名	
	生年月日	平成	年	月 日
氏名	児童との続柄	フリガナ		
		児童名		
		生年月日	平成	年

事業主記入欄 ◎該当する全ての項目についてご記入してください。 ◎代表者印の無いものは無効です。
◎不明な点については問い合わせる場合があります。

就労場所 (住所)	自 宅 自宅外	電話番号 () -
就労開始 年月日	昭和 年 月 日 平成	
仕事内容	卸売 小売 飲食店 製造 建設 金融保険 不動産 運輸通信 修理 医療 理美容業 農業 内職 その他 ()	
	具体的な内容(農業の場合は作物名・時期・耕作面積)をご記入してください。	
	・開業日 年 月 日 ・営業時間 時 分 ~ 時 分	
事業形態	<input type="checkbox"/> 中心者(自身が代表等) <input type="checkbox"/> 協力者(代表者以外) 家族以外の従業員数 人 ・ 無	
就労時間 及び日数	平日	時 分 ~ 時 分
	土曜日	時 分 ~ 時 分
	日曜日, 祝日	時 分 ~ 時 分
休務日	日 月 火 水 木 金 土	1日平均 時間 (休憩時間を除く。) 週平均 日 休憩時間 分 通勤時間※1 往復 分
最近3ヶ月の 収入及び経費 ※2	収入	月分 円 月分 円 月分 円
	経費	月分 円 月分 円 月分 円
給与・専従者給与 ※3	円 円 円	
※1 通勤時間は、自宅以外に事業所等がある場合のみ記入してください。 ※2 事業中心者は記入してください。月別が不明な場合は、年間月平均額を記入してください。 ※3 専従者給与は年額でも結構です。		

上記のとおり 就労 していることを申立(証明)します。

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長
認定こども園長
地域型保育事業者

平成 年 月 日

所在地

事業所名

代表者名

印

支給認定区分変更申請書

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長

次のとおり、支給認定区分の変更を申請いたします。

また、保育施設等の変更申請に関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

支給認定番号	
--------	--

①申請者の情報

		平成	年	月	日
保護者	フリガナ				
	氏名	印			
	住所	(〒 -) 宇都宮市			
児童	フリガナ	年 齢	歳クラス		
	氏名	生年月日	平成	年	月 日
		性 別	男 ・ 女		

②世帯の状況(祖父母, おじ, おばは除く。)

児童の世帯員	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	備考	課税の有無
		父	S.H 年 月 日	男・女			有・無
		母	S.H 年 月 日	男・女			有・無
			S.H 年 月 日	男・女			有・無
			S.H 年 月 日	男・女			有・無

③祖父母の状況

申込児童の祖父母の氏名		生 年 月 日	住 所	同居・別居等の別	健康状況	職 業
父 方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
母 方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	

④変更希望の認定区分

現在の認定区分

1号認定

2号認定 保育標準時間 保育短時間

3号認定 保育標準時間 保育短時間

⇒

変更希望の認定区分

1号認定

2号認定 保育標準時間 保育短時間

3号認定 保育標準時間 保育短時間

⑤認定区分の変更理由

理由	
----	--

備考

- 1号認定に変更希望される方は、①～⑤をご記入ください。
- 2号, 3号認定に変更希望される方は、①～⑤をご記入の上、裏面の⑥もご記入ください。

第 号様式

⑥保育の利用を必要とする理由等【2号、3号認定のみ記入】

必要とする理由			
父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級 病名・病院名 ()	<input type="checkbox"/> 求職活動	
母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級 病名・病院名 ()	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 出産予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 求職活動	
ひとり親世帯状況	死別・離別・別居・行方不明・未婚・単身赴任・ ()		時期 年 月 日
希望する利用 時間 (曜日)	利用時間	利用曜日	備考
	時から 時まで	曜日から 曜日まで	

※以下は記入しないでください。

*宇都宮市記載欄

変更認定の可否 可・否 (否とする理由) 平成 年 月 日	変更認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給 (入所) の可否 可・否 (否とする理由) [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]	支給 (利用) 期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
入所施設事業者名	
<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	

*施設記載欄 (施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設 (事業者) 名	(事業所番号 :)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
備考	

保 育 施 設 等 変 更 申 請 書

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長, 認定こども園長, 地域型保育事業者

次のとおり, **平成 年 月より** 保育施設等の変更を申請します。
 また, 保育施設等の変更申請に関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

現在の児童コード		新・児童コード	
----------	--	---------	--

①申請者の情報		平成 年 月 日	
保護者	フリガナ		
	氏名	印	連絡先 (自宅) (携帯 父・母)
	住所	(〒 -) 宇都宮市	
児童	フリガナ	年 齢	歳クラス
	氏名	生年月日	平成 年 月 日
		性 別	男 ・ 女
在園中の 保育施設等名		入園日	平成 年 月 日

②世帯の状況(祖父母, おじ, おばは除く。)

	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	備考	課税の有無
児童の 世帯員		父	S.H 年 月 日	男・女			有・無
		母	S.H 年 月 日	男・女			有・無
			S.H 年 月 日	男・女			有・無
			S.H 年 月 日	男・女			有・無

③転園希望保育施設等名及び転園理由

転園希望 保育施設等名	第1希望	
	第2希望	
	第3希望以降	
変更の理由	(具体的に)	

④きょうだい同時に申し込む場合の条件

<input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育施設等を希望 (空くまで待つ)	<input type="checkbox"/> 同時期であれば別々の保育施設等でもよい
<input type="checkbox"/> ひとりでも先に入所させたい (優先児童) ひとり入所後は, <input type="checkbox"/> 同じ保育施設等を希望 <input type="checkbox"/> 別々の保育施設等でもよい	

⑤祖父母の状況

申込児童の祖父母の氏名		生 年 月 日	住 所	同居・別居等の別	健康状況	職 業
父 方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
母 方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	

第 号様式

⑥保育の利用を必要とする理由等

必要とする理由			
父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級 病名・病院名 ()	<input type="checkbox"/> 求職活動	
母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間	時間/月	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級 病名・病院名 ()	出産予定日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 求職活動
ひとり親世帯状況	死別・離別・別居・行方不明・未婚・単身赴任・ ()		時期 年 月 日
希望する利用 時間 (曜日)	利用時間		利用曜日
	時から 時まで	曜日から 曜日まで	備考

⑤申込児童の現況

発達に関する心配	有・無	具体的に
アレルギー	有・無	具体的に

変 更 届

平成 年 月 日

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長
 認定こども園長
 地域型保育事業者

届出者氏名

平成 年 月 日付 (転居・別居・単身赴任・離別・婚姻・出生・^{その他}) により

(①住所・②保護者・③世帯(氏名・家族構成)・^{その他}) を変更したので届出いたします。

保育施設等名			
入所児童	児童氏名	生 年 月 日	児童コード
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	

①住所変更

	変 更 前	変 更 後
住所	宇都宮市 連絡先(父・母)	宇都宮市 連絡先(父・母)

②保護者変更

	変 更 前	変 更 後
保護者氏名		

③世帯(氏名, 家族構成)変更(祖父母, おじ, おばは除く。)

	変 更 前		変 更 後	
世 帯 氏 名	父	S, H 年 月 日	父	S, H 年 月 日
	母	S, H 年 月 日	母	S, H 年 月 日
	()	S, H 年 月 日	()	S, H 年 月 日
	()	S, H 年 月 日	()	S, H 年 月 日
	()	S, H 年 月 日	()	S, H 年 月 日

※同居・別居にかかわらず、祖父母の状況について記載してください。

祖父母の状況		氏 名	生 年 月 日	住 所
父方	同・別・死		年 月 日	
	同・別・死		年 月 日	
母方	同・別・死		年 月 日	
	同・別・死		年 月 日	

退 所 (園) 届

平成 年 月 日

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長
 認定こども園長
 地域型保育事業者

保護者	住	宇都宮市
	所	
	氏名	

下記のとおり退所いたします。

利用中の保育施設名			
施設利用の児童氏名	児童氏名	生年月日	児童コード
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
退所(園)理由	1. 家庭保育可能のため 2. 転出のため (転出市町村) (転出後も入所継続を希望する 有 無) 3. 出国のため 4. 育児休業のため (育児休業明け予定日 平成 年 月 日) 5. 別の施設 (幼稚園等, 保育施設) に入所するため 6. その他 (理由)		
退所 (園) 年月日	平成	年	月 日

求職活動専念申立書

平成 年 月 日

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長
 認定こども園長
 地域型保育事業者

申立人

住 所	〒 宇都宮市	連 絡 先	自宅 携帯 (父・母)
氏 名		児童との続柄	

就労を予定し、求職活動に専念することから、保育を必要とするため、教育・保育施設等への入所(園)・継続を希望します。

なお、入所(園)又は前職退職日から3か月の間に就労し、勤務(内定)証明書を提出いたします。

求職者の氏名				
現在の活動状況	求職活動を行っている ・ 求職活動を行っていない (今後、求職予定)			
求職活動開始日	平成 年 月 日から			
求職活動日数	週 () 日 1日平均 () 時間以上			
求職活動内容 (該当するものに○をつけてください。) 複数選択可。	① 公共職業安定所(ハローワーク)に通っている。 週 回 ② 新聞・インターネット等で求人情報を検索し、仕事を探している。 ③ 会社説明会に参加したり、面接を受けている。 ④ 就職斡旋機関に登録し、仕事を探している。 ⑤ その他 ()			
児童名	フリガナ		平成 年 月 日	男・女
	氏名			
	フリガナ		平成 年 月 日	男・女
	氏名			
	フリガナ		平成 年 月 日	男・女
	氏名			
求職活動期間	入所(園)又は前職退職日から3か月目の末日			
入所(園)する(している)施設名※				

※太枠内は、施設等に通所(園)している児童のみ記入

備 考

- 1 就労先が決まった場合は、速やかに勤務(内定)証明書を提出してください。
- 2 求職活動期間内に就労先が決まらない場合は、上記期間をもって退所(園)となります。