第１号様式(第６条関係)

(表)

令和8年9月28日

調布市長　宛

調布市子どものための教育・保育給付　☑ 認定申請書　☐ 変更申請書
調布市子育てのための施設等利用給付　☐ 認定申請書　☐ 変更申請書

【申請に当たって同意していただく事項】
1　子ども・子育て支援法第１６条（子育てのための施設等利用給付に係る申請にあっては同法第３０条の３において準用する同法第１６条）の規定による給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
2　申請書等に記載した内容は、給付認定や施設等利用費の支給その他施設における給食費等の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
3　施設等利用費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
4　新年度４月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日にかかわらず、子ども・子育て支援法第２０条第６項及び同法第３０条の５第５項の規定により、最長で利用開始日の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
5　申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、子ども・子育て支援法の規定に基づき、次のとおり施設型給付費、地域型保育給付費、[illegible]ます。

入園希望日を記入します。

1　基本情報

					認定希望日（施設利用開始希望日）	令和 9 年 4 月 1 日	
申請者	フリガナ	チョウフ　タロウ	申請子どもとの続柄	父	現住所	〒 １８２ － ８５１１	
	氏名	調布　太郎				調布市小島町２－３５－１	
	日中の連絡先（電話番号）　※ 確実に連絡のとれる順に記入してください。						
	① ０８０-△△△△-○○○○	☐父携帯 ☑母携帯 ☐父勤務先 ☐母勤務先 ☐自宅 ☐その他（　）		② ０８０-○○○○-△△△△		☑父携帯 ☐母携帯 ☐父勤務先 ☐母勤務先 ☐自宅 ☐その他（　）	
子ども申請	フリガナ	チョウフ　キタロウ	現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒　－		個人番号(マイナンバー)	
	氏名	調布　鬼太郎	生年月日	令和4 年 6 月 17 日		記入不要	
認定希望日の前年度1月1日現在の住所	（母親）	長野県下高井郡木島平村往郷９１４－６ ☐現住所と同じ。		（父親）		☑現住所と同じ。	
認定希望日の前々年度1月1日現在の住所	（母親）	長野県下高井郡木島平村往郷９１４－６ ☐現住所と同じ。		（父親）		☑現住所と同じ。	

2　世帯の状況

個人番号の記入は不要です。

		フリガナ 氏名	申請子どもとの続柄	個人番号及び生年月日	就労先・通学先・通園先又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
申請子どもの保護者及び同居者（生計の中心者の番号に○を付けてください。）	①	チョウフ　タロウ 調布　太郎	父	個人番号 平成７ 年 6 月 1 日	○△株式会社	☐有
	2	チョウフ　ハナコ 調布　花子	母	個人番号 平成８ 年 3 月 2 日	××株式会社	☐有
	3	チョウフ　ミライ 調布　未来	妹	個人番号 令和8 年 5 月 7 日		☐有
	4			個人番号 年 月 日		☐有
	5			個人番号 年 月 日		☐有
	6			個人番号 月 日		☐有

※同居者を全員記入してください。

認可保育園を申込む方は、保育の必要性「有」です。
該当する要件にチェックをつけてください。

3　保育の必要性

保育の必要性の有・無	該当する□にレ点を付けてください。			
	☑ 有	（子から見た続柄） ☑父 ☐母 ☐その他（　）	☑就労 ☐介護看護 ☐求職活動等 ☐就学 ☐妊娠出産 ☐疾病障害等 ☐災害復旧 ☐その他（　）	
		（子から見た続柄） ☐父 ☑母 ☐その他（　）	☑就労 ☐介護看護 ☐求職活動等 ☐就学 ☐妊娠出産 ☐疾病障害等 ☐災害復旧 ☐その他（　）	
	☐ 無	主に幼稚園、認定こども園等の教育時間のみの利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除きます。）		

＜必ず裏面も記入してください。＞

（裏）

4　利用施設について（予定を含みます。）

フリガナ	マルマルホイクエン	施設の種類	☐ 幼稚園	☐ 新制度　☐ 未移行
施設名	○○保育園 第一希望の園名を記入し，所在地は不要です。		☐ 認定こども園	
			☑ 認可保育所等	※地域型保育事業を含む。
施設の所在地	〒　- 記入不要 TEL:　－　－		☐ 認可外保育施設	☐ 東京都認証保育所　☐ その他

※一時預かり事業（幼稚園等の預かり保育含む）、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含みます。)方は記入してください。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	☐ 一時預かり事業 ☐ 病児保育事業 ☐ 子育て援助活動支援事業	〒　－ TEL:　－　－	年　月　日
	☐ 一時預かり事業 ☐ 病児保育事業 ☐ 子育て援助活動支援事業	〒　－ TEL:　－　－	年　月　日
	☐ 一時預かり事業 ☐ 病児保育事業 ☐ 子育て援助活動支援事業	〒　－ TEL:　－　－	年　月　日
	☐ 一時預かり事業 ☐ 病児保育事業 ☐ 子育て援助活動支援事業	〒　－ TEL:　－　－	年　月　日