

【高知市記入欄】

合計 指数	基本指数		調整指数								
	父	母	家庭状況	兄弟姉妹	同時希望	多子世帯	託児等	障害児・者	卒園・廃止	保育士	その他

様式第1号の8

教育・保育給付認定申請書兼
保育施設利用申込書

(令和8年度用)

高知市長 様

- 以下の項目に同意し、次のとおり施設型給付費及び地域型保育給付費等の教育・保育給付に係る認定を申請するとともに、保育施設の利用を申し込みます。
- ① 高知市が、教育・保育給付認定の審査及び保育施設の利用調整のために、市区町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報等の必要な情報について、住民基本台帳、課税台帳その他公簿等を確認（個人番号を用いた情報連携を含む。）すること及び他の行政機関等に必要な資料の提供を求めること。
- ② 教育・保育の運営上必要と認められる情報や、保育料の額及び副食費の支払の免除に関する事項を施設・事業者提供又は通知すること。
- ③ 子どものための教育・保育給付は、給付認定保護者に代わって利用する施設・事業者が受領すること。
- ④ 申請内容に虚偽（提出書類の偽造、改ざん等を含む。）があった場合は、認定及び利用決定を取り消す場合があること。

記入日： 令和 年 月 日

申請者（保護者）氏名： ()

児童との続柄

申請 児童	フリガナ											性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日	令和8年 4月1日 時点の年齢	歳				
	氏名																				
	個人番号																				
現住所	〒 —												電話 番号	自 宅		— —					
転居予定・ 転入先住所 ※予定がある場合のみ	〒 — 転居(転入)時期：令和 年 月 日頃予定 高知市													携 帯	父	— —					
															母	— —					
令和7年 1月1日 時点の住所 ※ 令和8年度 4月～8月利用 開始希望時に記 入	☐ 高知市内在住 ☐ 高知市外 都・道 市・区 住 所： 府・県 町・村 該当者： ☐ 父 ・ ☐ 母 ・ ☐ その他 () (保護者) ※注1										令和8年 1月1日 時点の住所 ※ 令和8年度 9月～3月利用 開始希望時に記 入	☐ 高知市内在住 ☐ 高知市外 都・道 市・区 住 所： 府・県 町・村 該当者： ☐ 父 ・ ☐ 母 ・ ☐ その他 () (保護者) ※注1									

※注1 保護者の一方のみが市外住民であった場合も、該当の方についての記載が必要です。該当するものに☑を付け、記入してください。

幼稚園・認定こども園(幼稚園部分)の併願は、☑を付けてください。		利用希望施設 記入のお願い	① 利用希望施設名は、正確に記入してください。 ② 利用する意思のある施設のみを記入してください。 ③ 利用希望施設欄の全てを記入する必要はありません。
☐	幼稚園等（1号・教育認定）併願		

利用開始希望月	令和 年 月 から				☐ 小学校入学まで ☐ 令和 年 月 まで	似ている名称の保育施設がありますので、正確に記入してください。
利用希望 施設 	第1希望		第6希望		第11希望	
	第2希望		第7希望		第12希望	
	第3希望		第8希望		第13希望	
	第4希望		第9希望		第14希望	
	第5希望		第10希望		第15希望	
	第16希望 以下	(第16希望以下がある場合は、希望順位を付けてこちらに記入してください。)				0歳児の場合は必ず月齢を確認してください 各保育施設は受入可能な月齢(生後何か月から利用できるか・月の1日時点)が異なります。 月齢に達していない場合は、その希望施設を除いて利用調整を行いますのでご注意ください。

【兄弟姉妹2人以上の同時申込みの場合】

同時申込みの際の利用希望について、該当する項目に☑を付けてください。

利用希望の選択（希望する内容を選択してください。）		利用施設の考え方	利用開始月の考え方
☐	同じ保育施設へ同時（同月）に利用開始できる場合のみ希望する。 ※ 同じ保育施設を利用できない場合は、利用しない。	同じ保育施設のみ利用 (異なる施設は、不可)	同じ月の利用開始のみ (別の月は、不可)
☐	同じ月での利用開始であれば、異なる保育施設でも希望する。 ※ 同じ保育施設を利用できない場合は、異なる保育施設でもよい。	異なる保育施設での 利用でもよい	
☐	利用できる子だけでも利用を希望する。 ※ 別の保育施設や、別の月での利用でもよい。		

1 家庭状況 ※ 同居・別居にかかわらず、申請児童の父母(保護者)及び兄弟姉妹等について記入し、該当するものに☑を付けてください。

児童との 続柄	フリガナ	生 年 月 日	勤務先・学校・保育施設名等	同居・別居 ※注2	生計の状況 ※注3
	氏 名				
父		昭和・平成 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 生計同一 ☐ 生計は別
個人番号					
母		昭和・平成 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 生計同一 ☐ 生計は別
個人番号					
		昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 生計同一 ☐ 生計は別
個人番号					
		昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 生計同一 ☐ 生計は別
個人番号					
		昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 生計同一 ☐ 生計は別
個人番号					
		昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 生計同一 ☐ 生計は別
個人番号					
		昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 生計同一 ☐ 生計は別
個人番号					

※注2 住民登録上の世帯にかかわらず、同一住所に居住している場合は、同居となります。

※注3 別居であっても、常に生活費等の送金が行われている等扶養関係にある場合は、生計が同一となります。

【父母の状況】 ※ 該当するものに☑を付け、必要事項を記入してください。

ふたり親 家庭	☐ 同居	必要な添付書類(提出済みの場合は、省略可)		
	☐ 別居(単身赴任等による別居)			
	☐ 別居(離婚前提の別居)			
ひとり親 家庭	☐ 未婚(婚姻歴がない場合)	「戸籍謄本」又は 母(父)の「戸籍抄本」の 原本又は写し	未婚であることが分かるもの	※ 既に提出済みの場合は、提出 先を記入してください。 【提出先】
	☐ 離婚 年 月		離婚日が分かるもの	
	☐ 死亡 年 月		配偶者の死亡日が分かるもの	
	☐ 離婚調停中・離婚裁判中	離婚調停中又は離婚裁判中であることが分かる書類の写し		☐ 保育幼稚園課
	☐ DV避難	保護命令等の写し		☐ 子育て給付課(児童扶養手当関係)
	☐ その他()			☐ その他 課

【生活保護の受給】 ※ 該当するものに☑を付け、必要事項を記入してください。

生活保護の 受給	☐ 受給していない。
	☐ 受給している。 【 平成・令和 年 月から受給中 担当ケースワーカー（ ） 】

2 祖父母の状況 ※ 申請児童の祖父母について記入し、該当するものに☑を付けてください。同一住所の場合は、同居となります。

児童との続柄		フリガナ	生 年 月 日	住所・個人番号 (同居の場合は個人番号を、別居の場合は市町村名を記入してください。)	
		氏 名			
父 方	祖父		昭和・平成	☐ 同居 ☐ 別居 () ☐ 不存在・疎遠	個人番号(同居の場合は、個人番号を記入)
			年 月 日		
	祖母		昭和・平成	☐ 同居 ☐ 別居 () ☐ 不存在・疎遠	個人番号(同居の場合は、個人番号を記入)
			年 月 日		
母 方	祖父		昭和・平成	☐ 同居 ☐ 別居 () ☐ 不存在・疎遠	個人番号(同居の場合は、個人番号を記入)
			年 月 日		
	祖母		昭和・平成	☐ 同居 ☐ 別居 () ☐ 不存在・疎遠	個人番号(同居の場合は、個人番号を記入)
			年 月 日		

3 在宅障害児(者)の有無 ※ 該当するものに☑を付け、必要事項を記入してください。

同居の 障害児(者)	☐ 障害者手帳の交付を受けている者等と同居していない。
	☐ 障害者手帳の交付を受けている者等と同居している。

同居している方が該当する場合は、次の欄へ記入してください。（同居者には申請児童を含みます。）

フリガナ 氏 名	児童との 続柄	該当する手帳等 (該当するものに☑を付け、氏名、障害等級及び有効期限の記載部分の写しを添付してください。)		
		☐ 身体障害者手帳 ☐ 特別児童扶養手当の受給	☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 障害基礎・厚生・共済年金等の受給	☐ 療育手帳
		☐ 身体障害者手帳 ☐ 特別児童扶養手当の受給	☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 障害基礎・厚生・共済年金等の受給	☐ 療育手帳

4 保育を必要とする事由

該当する事由に☑を付け、右欄に内容等を記入してください。

保育を必要とする事由に応じた必要書類を添付してください。

※ 出産予定のある方は、現在就労等の事由に該当する場合であっても、「妊娠・出産」の項目にも☑を付け、内容を記入してください。
※ 就労者自身が事業所（法人）の代表者又は経営者である場合は、事業所の経営規模や業態にかかわらず「自営業中心者」となり、営業の確認ができる書類の写しが必要です。

事 由	父 親		事 由	母 親		必要な添付書類 (父母共に必要)
☐ 就労	勤務先： 就労状況：平成・令和 年 月 日から ☐ 就労中 ☐ 復職予定 ☐ 就労予定 (☐ 復職切上げ可) ※利用開始月の翌月14日までの就労・復職が必要です		☐ 就労	勤務先： 就労状況：平成・令和 年 月 日から ☐ 就労中 ☐ 復職予定 ☐ 就労予定 (☐ 復職切上げ可) ※利用開始月の翌月14日までの就労・復職が必要です		☐ 就労証明書 ＋ ☐ 自営業の証明 ※ 自営業中心者の方は、自営業の証明（営業許可証等）が必要 ※ 育休明けの方は、職場復帰予定日の記載がある就労証明書が必要
			☐ 妊娠・ 出産	令和 年 月 日 出産(予定)		☐ 母子健康手帳の表紙及び 出産(分娩)予定日の記載 ページの写し ※出産予定のある方は、就労中の場合でも 就労証明書に加えて上
				出産後の育休取得予定： ☐ 有 ☐ 無		
☐ 疾病・ 障害	疾病・障害名：		☐ 疾病・ 障害	疾病・障害名：		☐ 診断書 ※高知市指定のもの ☐ 障害者手帳等の写し のいずれか ＋ ☐ 介護（看護）状況確認書 (介護・看護事由のみ必要) ※ 障害者手帳等の写しは、氏名、 障害等級及び有効期限の記載部分が必要 ※ 障害者手帳等の写しを添付の 場合は、障害名・等級の内容に より、診断書も必要
☐ 介護・ 看護	介(看)護対象者名：		☐ 介護・ 看護	介(看)護対象者名：		
	疾病・障害名：			疾病・障害名：		
☐ 就学・ 職業 訓練	学校名：		☐ 就学・ 職業 訓練	学校名：		☐ 学生証（在学証明）等 ☐ 受講指示（決定）書等 のいずれかの写し ※ 在学期間又は受講期間が分か る書類が必要 ＋ ☐ カリキュラム等の写し ※ 就学時間の分かる書類が必要
	在学期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		在学期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	就学状況	週 日 時 分から 時 分まで		就学状況	週 日 時 分から 時 分まで	
☐ 求職 活動	過去の職歴 ☐ あり：勤務先名（ ） ☐ なし		☐ 求職 活動	過去の職歴 ☐ あり：勤務先名（ ） ☐ なし		☐ 求職活動申立書
☐ 災害 復旧	従事期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	☐ 災害 復旧	従事期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	☐ 罹災証明書等の写し

5 保育必要量 ※ 希望する保育必要量に☑を付けてください。

保育 必要量	☐ 保育短時間 （最長8時間の利用）	※ 父母いずれかの保育を必要とする事由が次の事由に該当する場合は、保育短時間認定となります。 【①就労（月48時間未満の労働の方）、②求職活動、③疾病・障害、④妊娠・出産（それぞれ産前産後3か月から6か月までの方）】
	☐ 保育標準時間（最長11時間の利用）	

児童の状況票

※第1希望の施設名、児童名、生年月日を必ず記入してください。保育幼稚園課確認欄()

施設名（第1希望）	フリガナ	生年月日
	児童名	
		令和 年 月 日

1 現在の児童の保育状況（該当する項目に☑又は○を付け、必要事項を記入してください。）

☐ 自宅で保育している	【 父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他（ ） 】						
☐ 職場に連れて行っている	【 父 ・ 母 】						
☐ 預けている	【 保育所 ・ 幼稚園 ・ 認定こども園 ・ 一時保育 ・ 託児所 ・ 職場の託児室 ・ その他施設 】						
<table><tr><td>利用開始日</td><td>利用頻度</td><td>利用施設名</td></tr><tr><td>平成 令和 年 月 日</td><td>週 日</td><td></td></tr></table>		利用開始日	利用頻度	利用施設名	平成 令和 年 月 日	週 日	
利用開始日	利用頻度	利用施設名					
平成 令和 年 月 日	週 日						
※ 在籍確認のため、利用中の施設に問い合わせをする場合があります。							

2 利用できなかった場合の保育（該当する項目に☑又は○を付け、必要事項を記入してください。）

☐ 自宅で保育する	【 父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他（ ） 】
☐ 育児休業を延長(取得)する	【 父 ・ 母 】
☐ 職場に連れて行く	【 父 ・ 母 】
☐ 預ける	【 幼稚園 ・ 一時保育 ・ 託児所 ・ 職場の託児室 ・ その他（ ） 】
※ 認可外の保育施設を利用することが決まった場合は、保育幼稚園課までお知らせください。	

3 児童の健康状況（該当する箇所に☑を付け、必要事項を記入してください。）

出産の状態	妊娠期間：（ ）週（ ）日 体重（ ）g			
	新生児仮死： ☐ なし ☐ あり ☐ その他（ ）			
食物アレルギー	☐ なし	☐ あり	内容：（ ）	☐ まだわからない
その他アレルギー	☐ なし	☐ あり	内容：（ ）	☐ まだわからない
通院・治療中の病気	☐ なし	☐ あり	病名：（ ）	医療機関名：（ ）
発達に関する相談の有無	☐ なし	☐ あり	内容：（ ）	相談機関名：（ ）
障害・手帳等の有無	☐ なし ☐ あり	障害名	手帳等	☐ なし ☐ 特別児童扶養手当証書（1級・2級） ☐ 療育手帳（A1・A2・B1・B2） ☐ 身体障害者手帳（ ）級 ⇒該当する手帳の氏名・障害等級・有効期限の記載部分の写しを添付してください。
健康診断の受診の有無	☐ 1歳6か月健診 ☐ 3歳児健診 ☐ まだ受けていない 上記の健診で指導事項があれば内容を記入してください。（例：言葉や発達について）（ ）			
その他気になる事項があればご記入ください	☐ 特になし ☐ あり（ ）			