

令和 6 年 10 月 1 日

(宛先)平群町長

(誓約及び同意書)

受付

- 申請書類の内容が実態と異なる場合は、教育・保育給付認定又は保育園等の利用の決定を取り消されても異議ありません。
- 町が、教育・保育認定や保育料等の算定に必要な世帯情報、市町村民税額及び特別児童扶養手当受給状況等の情報(同一世帯を含む)を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、**必ず確認してください。**
- 児童と同居している主たる生計維持者が生じた場合、勤務先等に連絡して確認する場合があります。
- 申請児童の「勤務先/通学先等」及び第22条の規定に基づき、私又は私の配偶者が支給を受ける児童手当にかかる措置を講じられても異議を申し立てません。
- 町は、新規認定申請が集中する場合には、認定の結果は利用開始までに通知いたします。

以上の各事項について誓約し、及び同意のうえ、次のとおり教育・保育給付認定申請及び施設利用申込します。

保護者 (同居の主たる 生計維持者)	現住所	平群町 吉新1丁目1番1号	電話番号 (優先的に使う連絡 先に☑を記入して ください。)	<input type="checkbox"/> 自宅	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	氏名	平群 太郎		<input type="checkbox"/> 父携帯	×××-××××-××××
				<input checked="" type="checkbox"/> 母携帯	△△△-△△△△-△△△△

施設利用を希望する期間 (認定変更の際は変更を希望する期間)	令和 7 年 4 月 1 日 から	<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
利用希望施設 (継続・変更の際は 利用中施設)	第1希望	〇〇〇〇園
	第2希望	△△△△園
	第3希望	☆☆☆☆園
	第4希望	
	第5希望	

入園転園申込：空き状況に関わらず、入園を希望する施設順に記載してください。
在園児童：現在所属している施設を記載してください。

申請児童の「勤務先/通学先等」は入所申込み時点で通園している保育所・こども園等があれば記載してください。

	児童との 続柄	氏名	性別	生年月日	通学先等
申請児童	本人	(フリガナ) ヘグリ サクラ 平群 さくら	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	H (R) 〇年 〇月 〇日	〇〇保育園
(父・ 母及び同居の 世帯員 の全員)	父	(フリガナ) ヘグリ タロウ 平群 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	T S (H) 〇年 〇月 〇日	(株) 〇〇〇〇
	母	(フリガナ) ヘグリ ハナコ 平群 花子	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	T S (H) 〇年 〇月 〇日	〇〇料理店
	兄	(フリガナ) ヘグリ ジロウ 平群 次郎	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	T S H (R) 〇年 〇月 〇日	〇〇〇〇園
	祖母	(フリガナ) ヘグリ スミレ 平群 すみれ	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	T (S) H R 〇年 〇月 〇日	無職
		(フリガナ)		T S H R	
		(フリガナ)		T S H	
		(フリガナ)		T S H	
		(フリガナ)		T S H R	
	(フリガナ)		T S H R		

申請児童、父、母及び同居の方全員(別世帯を含む)の情報を記載してください。

希望する項目にチェック☑してください。

教育・保育の 希望を選択	<input type="checkbox"/> 教育を希望 幼稚園、認定こども園(教育部分)を利用する方	
	<input checked="" type="checkbox"/> 保育を希望 保育所、認定こども園	「保育を希望」にチェック☑した方のみ、 該当項目にチェック☑してください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	用理由が必要です。

保育利用の理由 (※保育希望の方のみ、 証明書の添付要)	理由	父	母	疾病・障害	父	母	埋田 就学	父	母
	就労(自営業) 事業主及び協力者 (事業主の三親等以内)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「保育を希望」及び「就労」又は「就学」にチェック☑した方のみ記載してください。

就労・就学の方	通勤・通学 時間(往復)	(父) 1 時間 00 分	就労・就学時間	(父) 9 時 00 分から 17 時 30 分まで
就労・就学の方	通勤・通学 時間(往復)	(母) 時間 30 分	就労・就学時間	(母) 10 時 00 分から 20 時 00 分まで

令和6年1月1日時点、令和7年1月1日時点で平群町に住民票住所がない場合記載してください。

(例) 令和6年1月1日時点で父母同住所(平群町外)

令和7年1月1日時点で父:平群町、母:平群町外の場合

■ 令和6年1月1日時

児童との続柄	氏名	住所	個人番号(12桁)
父	平群 太郎	令和6年1月1日時点	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇
		令和7年1月1日時点	
母	平群 花子	令和6年1月1日時点	同上
		令和7年1月1日時点	△△県△△市△△町△△-△

■ 別居の保護者(父・母)及びきょうだいがいる場合

児童との続柄	氏名	性別	生年月日	住所	個人番号(12桁)
母	平群 花子	男 女	T S H R 年 月 日	△△県△△市△△町△△-△	△△△△-△△△△-△△△△
		男 女	T S H R 年 月		
		男 女	T S H R 年 月		

申請児童の父母きょうだいが別居の場合は記載してください。また、別居のきょうだいがいる場合は生計を一にしていることが分かる書類を添付してください。

※別居のきょうだいがいる場合の記載方法については、別紙をご覧ください。

■ 保育料等の減免に関わる事項について(☑のないものについては非該当)

ひとり親世帯の該当有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
生活保護受給の該当有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
在宅障害者の該当有無 ※同一世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給している (氏名) ※以下の場合には書類(写し)を添付 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (氏名) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (氏名) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (氏名) <input type="checkbox"/> 障害基礎年金等受給がわかるもの (氏名)
里親家庭・ファミリーホームでの 養育該当有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
中国残留邦人等支援給付の該当有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(年 月 日から)

当てはまるものにチェック☑してください。
チェック☑がない場合、非該当として扱います。

■ 多子軽減計算に係る第1子の年齢制限について

(きょうだいで通園する施設や認定区分が異なる場合もカウントの方法は同じです。)

教育認定:小学校3年生まで

保育認定:小学校入学前まで

※年齢制限撤廃の世帯

【副食費】 教育認定:市町村民税所得割77,101円未満の世帯

保育認定:市町村民税所得割57,700円未満の世帯

【保育料】 保育認定:市町村民税所得割77,101円未満の世帯