（企業主導型保育事業用）

認定申請書

令和　年　　月　　日

大村市長　様

企業主導型保育施設の利用に際し、次のとおり子ども・子育て支援法第２０条に定める認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①児童 | 氏名(フリガナ) | | 生年月日 | | | 性別 | 年齢 | 障がい等 | |
| （　　　　　　　　　　） | | 年  　　　　　　月　　　　　日 | | | 男・女 | 歳 | □身体 □精神 □療育  　　　　級 | |
| ②保護者（申請者）  ※主に連絡のやりとりができる方を記載して下さい。 | 氏名(フリガナ) | | 生年月日 | | | 続柄 | 連絡先（携帯番号） | | |
| （　　　　　　　　　　） | | 令・平・昭  　　　年  　　　　　　月　　　　　日 | | |  |  | | |
| 住所（〒　　　─　　　　） | | | | | | □ひとり親家庭（　離婚・未婚・死別　）  □生活保護　（開始日：　　　年　　月　　日） | | |
| ③  ②以外の保護者 | 氏名(フリガナ) | | 生年月日 | | | 続柄 | 連絡先（携帯番号） | | |
| （　　　　　　　　　　　） | | 令・平・昭 年　　 月　　 日 | | |  |  | | |
| ※別居の場合に記載　 　　住　所  　　□単身赴任　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ④  世帯状況（祖父母、同居人等を含む）  ※①～③の者を除いて記載してください。 | (フリガナ)  氏名 | | | 申請児童  との続柄 | 生年月日 | | 勤務先(職業）、学校、保育施設等の  名称　※（入所希望日時点） | | 障がいの有無 |
| (　　　　　 　　　　　　) | | |  | 令・平・昭  年　　 月 　　 日 | |  | | □有  □無 |
| (　　　　　　 　　　　　) | | |  | 令・平・昭  年　　 月 　　 日 | |  | | □有  □無 |
| (　　　　　　 　　　　　) | | |  | 令・平・昭  年　　 月 　 　日 | |  | | □有  □無 |
| (　　　　　　　　 　　　) | | |  | 令・平・昭  年　　 月 　 日 | |  | | □有  □無 |
| (　　　　　　　　 　　　) | | |  | 令・平・昭  年　　 月 　　 日 | |  | | □有  □無 |
| ⑤  保育を必要とする理由 | 父 | □就労　　□求職活動 　 　□就学・職業訓練　　□育児休業　　※□介護・看護　 □災害復旧  □疾病　　□児童虐待・DV　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 母 | □就労　　□妊娠・出産 　 　□育児休業　　□求職活動　　□就学・職業訓練 ※□介護・看護  □疾病　　□災害復旧　　　　□児童虐待・DV　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 出産予定日または  育休復帰の予定日 | | □出産予定日　　（　　　　　　　　 年　　　　 　月　　 　　日）  □育休復帰予定日（　　　　　　　　 年　　　　　 月　　　　 日） | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設所在市町村 | 入所日（入所予定日） |
|  |  | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定希望期間 | 令和　　　年　　　月　　　日 | から | □卒園　／　□令和　　　　年　　　月　　　日 | まで |