

年度 保育の必要性の認定申請書

堺市 保健福祉総合センター所長 殿

市が保育の必要性の認定確認に必要な勤務先への就労状況などの確認並びに市町村民税の情報（同一世帯を含む。）及び世帯情報を閲覧することを承諾します。

令和 年 月 日

認定希望日	令和 年 月 日
-------	----------

保護者	氏名	(フリガナ)	電話番号（連絡先の優先順を記入してください。）			
			自宅			
			携帯（父）			
			携帯（母）			
	認定希望日時点の住所	(郵便番号)	堺市 区			
	令和 年1月1日時点の住所	父	☐ 堺市内 ☐ 堺市外（住所：）	母	☐ 堺市内 ☐ 堺市外（住所：）	
	令和 年1月1日時点の住所	父	☐ 堺市内 ☐ 堺市外（住所：）	母	☐ 堺市内 ☐ 堺市外（住所：）	
	・令和 年1月1日時点の住所が堺市外の場合、令和 年度（令和 年中）分の市町村民税所得割額が分かる証明書（課税証明書など）を添付してください。 ただし、認定開始日が令和 年9月1日以降の場合は提出不要です。 ・令和 年1月1日時点の住所が堺市外の場合、令和 年度（令和 年中）分の市町村民税所得割額が分かる証明書（課税証明書など）を添付してください。					
	※申請時点から認定希望日（利用開始日）までの間に転入（転居）予定がある方のみ回答してください。					
	【転入（転居）予定日】令和 年 月 日					
【現住所】（郵便番号） 市						
【結果通知の送付先】 ☐ 転入（転居）予定先 ☐ 現住所 ☐ その他（）						
【注意事項】認定希望日（利用開始日）までに堺市に転入できなかった場合は、お住まいの自治体にて申請をしていただく必要があります。 同様の制度の実施有無については、お住まいの自治体にお問合せください。						
区分	氏名		続柄	生年月日	令和 年4月1日時点の年齢	保育の必要性の認定を受け、利用（予定）する施設またはサービスを選んでください。
申込みこども	(フリガナ)		本人	・ ・ 生	歳	☐ 預かり保育 ☐ 認可外保育施設（ベビーシッターを含む） ☐ 企業主導型 ☐ 一時預かり ☐ 病児保育 ☐ 子育て援助活動支援（ファミリーサポート事業）
	通園（予定）施設※		(施設名)		(施設の所在地)	
	※認可外保育施設等を複数利用する場合、主に利用する施設をご記入ください。					
(申込みこどもと同居の方全員を記入)	(フリガナ)		父	・ ・ 生	歳	
	(フリガナ)		母	・ ・ 生	歳	
	(フリガナ)			・ ・ 生	歳	
	(フリガナ)			・ ・ 生	歳	
	(フリガナ)			・ ・ 生	歳	
	(フリガナ)			・ ・ 生	歳	
	(フリガナ)			・ ・ 生	歳	
保育を必要とする事由	該当する箇所に☑を記入してください。					
	父	☐ 就労（育休復帰・内定含む） ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 求職活動※1 ☐ その他（）				
	母	☐ 就労（育休復帰・内定含む） ☐ 妊娠・出産※2 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 求職活動※1 ☐ その他（）				
	※1 求職活動は認定期間が3か月となります。 ※2 出産後8週を経過した月の末日で認定期間が終了となります。認定期間終了後も認定を希望する場合は、改めて申請が必要です。 育児休業要件に変更の場合も、継続利用が可能です。 詳しくは、第1希望施設所在区の子育て支援課にお問い合わせください。					