

支給認定申請書兼入所申込書

大台町長 様

記入例

年 月 日

申請者 (保護者)	住所	〒 519-2404 多気郡大台町佐原〇〇〇番地	氏名	※申請者による自署 こそだて 太郎
				1 2 3 4 5 * * * * * *

注意：上記の申請者が申請に来られない
次のとおり、施設型給付費・地域型保育

入所年度の4月1日時点の年齢
をご記入ください。

は確約書の提出が必要です。

日中連絡の取れる電話番号
をすべてご記入ください

申請児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日・年齢	男・女
	こそだて なな	平成・令和27年10月3日 生 3 歳	
個人番号	1 2 3 4 5 * * * * *		
連絡先	(電話番号) : 0598 (80) 0000	(緊急連絡先) : 090 (1230) 0000	
保育の希望の有無(*1)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育園等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)		
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育園等と併願の場合を除く)		

- (*1) ・「保育園等」とは、保育園、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
・「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を囲んだ場合は②

①保育の利用を必要とする理由等 (上記の「保育の希望の有無」で「有」

保育を必要とする具体的な状況
の勤務状況等をご記入ください。

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育園等において保育の利用を希望する場合

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 虐待・DV ☐ その他 (〇〇株、常勤、8:30～17:00 月/18日)
母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 虐待・DV ☐ その他 (〇〇商店 パート、シフト制、曜日、9:30～15:00、月/15日)	

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有 (アレルギー性皮膚炎・卵アレルギー(卵黄))
その他特記事項	無・有 ()

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当 (口ひとり親世帯等 口在宅障害児(者)のいる世帯)
生活保護の適用の有無	非該当・該当 (年 月 日保護開始)

区分	氏 名	生年月日	児童との続柄	性別	職業・学校名等 個人番号	市町村民税 課税の有無 (※2)
児童の世帯員	こそだて 太郎	S57年 1月 18日生	父	男・女	会社員 1 2 3 4 * * * * *	有・無
	こそだて 花子	S60年 11月 22日生	母	男・女	パート 1 2 3 4 * * * * *	有・無
	こそだて 一郎	H26年 5月 5日生	兄	男・女	〇〇保育園 1 2 3 4 * * * * *	有 無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無

(※2)前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税が課税されている場合、「有」に○を付けてください。

④利用を希望する期間、希望する施設（事業者）

就学前まで利用を希望する場合は、卒園年度を記入してください。

利用を希望する期間	令和 7年 4月 1日 から 令和 0年 3月 31日 まで			
希望する 利用曜日・時間	利用曜日		利用時間	
	月曜日 から 金曜日 まで		8時 から 16時 まで	
希望する保育必要量	☐	短時間（最長8時間）	標準時間（最長11時間）	
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由			
	第1希望	☐ 〇〇保育園	（希望理由） 自宅から近い為	事業所番号(*3)
	第2希望	☐ 〇〇保育園	（希望理由） 自宅から2番目に近い為	事業所番号(*3)
	第3希望	☐ 〇〇保育園	（希望理由） 通勤途中にあるため	事業所番号(*3)

(*3)町記載欄のため、申請時に記入は不要です。

希望される保育必要量に〇をお願いします。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること並びにその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請者氏名
（保護者）

ことだて 太郎

*施設記載欄（保育園を経由し

受付年月日

【記入はここまで】

施設（事業者）名	（施設・事業所番号： ）		
担当者氏名 連絡先	（担当者） （連絡先）		
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（ 年 月 日 ））・無		
備考			

*町記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 （否とする理由） 年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 （□標 □短）
支給（入所）の可否		支給(利用)期間
可・否 （否とする理由） 〔 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 〕		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名		
備考		