

記入例

新規・継続

施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定申請書兼
 幼稚園・保育所(園)・認定こども園・地域型保育 入所(園)申込書

元号 〇〇年〇月〇日

桜川市福祉事務所長 様
 (施設長 様)

保護者住所 **桜川市岩瀬64番地2**

氏 名 **桜川 太郎**

自宅電話 (**75**) **3156**

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

同意者 2・3号 希望の方	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	年 齢 ※年齢はR6.4.1現在	保護者 との続柄	性 別
	さくらがわ じろう 桜川 次郎	元号〇〇年〇月〇日生	1歳	子	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
	父	桜川 太郎	携帯	090-0120-XXXX	
	母	桜川 桜子	携帯	090-1983-XXXX	
保育の希望の有無 (どちらかに○)	有	保護者の就労又は疾病等の理由により、保育園、認定こども園(保育部分)、地域型保育(小規模保育等)において保育の利用を希望する場合			
	無	幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合	希望施設名		

※保育
①保
1号希望
の方
は記入不要

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など)やその他の内容を記入 △△銀行、8:00~17:00 月~金の勤務
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など)やその他の内容を記入 ○○スーパー、シフト制・月18日の勤務

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生 年 月 日	性別	年齢	勤務先名又は 学校名等	勤務先の連絡先
児童の 世帯員	さくらがわ 太郎 桜川 太郎	父	昭和〇年〇月〇日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	△歳	△△銀行	0296-xx-xxxx
	さくらがわ 桜子 桜川 桜子	母	昭和〇年〇月〇日	<input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	△歳	○○スーパー	0296-◇◇-xxxx
	さくらがわ はなこ 桜川 花子	姉	平成〇年〇月〇日	<input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	△歳	〇〇認定こども園	0296-75-2074
	さくらがわ まつお 桜川 松男	祖父	昭和〇年〇月〇日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	△歳	無	
	さくらがわ たけこ 桜川 竹子	祖母	昭和〇年〇月〇日	<input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	△歳	××建設	0296-△△-xxxx
			年 月 日	男・女			
			年 月 日	男・女			

該当項目を記入ください ・ひとり親家庭 (年 月~) ・生活保護 (年 月~)

③祖父母の情報

	同居・別居の別	氏 名	年齢	住 所(同居の場合は記入不要)	職 業	
父方	祖父	離別				
	祖母	<input checked="" type="radio"/> 同居・ <input type="radio"/> 別居	桜川 竹子	△歳		パート
母方	祖父	<input checked="" type="radio"/> 同居・ <input type="radio"/> 別居	△田 □夫	△歳	桜川市羽田1023番地	無
	祖母	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居	△田 □子	△歳	桜川市羽田1023番地	無

④利用を希望する施設名、期間

兄弟申込の有無 (有) ・ 無)

利用を希望する施設名 (注)	第1希望 <input type="radio"/> ○○認定こども園	希望理由 自宅から近いので希望します
	第2希望 <input checked="" type="radio"/> ●●認定こども園	希望理由 母の勤務先に近いので希望します
	第3希望 <input type="radio"/> ◇◇認定こども園	希望理由 母の実家に近いので希望します
令和5年 4月 1日 ~ 令和6年 3月 31日まで		利用時間
利用曜日		1号希望の方は卒園まで
月 火 水 木 不定期(平均週)		7時30分 から 18時30分まで

1号希望の方は記入不要
保育認定で申込みをする場合、
入園の意思のない施設名は記入
しないでください

要です。

⑤児童の情報

障害者手帳の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (身体障害者手帳 療育手帳)	
アレルギーの有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 →有の方 卵・牛乳・小麦・そば・ハウスダスト・花粉・その他()	
健康状況 ※該当する場合記入	病名() 時期(歳 カ月ごろから)	
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="radio"/> 有(内容)	【入院】 <input checked="" type="radio"/> 有(内容)
現在の保育状況	父・母・産休育休 求職中 その他) 祖父・祖母(父方・母方) 施設(施設名)	

市が施設型給付費・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。また、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。

〇〇年 〇〇月 〇日

保護者氏名

桜川 太郎



※施設記載欄(施設を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設の所在地	
施設名	
連絡先	
契約(内定)の有無	有 [契約・内定 年 月 日] 無
備考	

※市記載欄

①認定の可否	可 否	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間)
②認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
③認定者番号		
④入所施設名		
入力日		
備考	18歳以下情報	
	第1子	
	第2子	
	第3子	