

# 記入例

該当する番号に○をつけてください。

いずれかに必ず○を記入してください。

①新規 2. 継続 3. 転園

様式第1号 (第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書 (兼児童台帳)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

庄内町長

宛

通知及び保育料の請求先の宛名の方になります。保護者を変更される場合は、役場子育て支援係へご相談ください。

保護者 住所 庄内町余目字町132番地1  
氏名 庄内 一郎  
電話 090 - 0000 - 0000

日中連絡が取れる連絡先 080 - 0000 - 0000 (母)

次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費等に係る教育・保育認定を申請します。

出生前の児童は、名前は空欄、生年月日は予定日を記入し、母子手帳のコピーを添付ください。

申請に係る小学校就学前子ども(以下「児童」という。)	フリガナ	ショウナイ タロウ	生年月日(予定日)	性別	保護者との続柄	認定者番号(既認定済の場合)
	氏名	庄内 太郎	平 〇年〇月〇日	男	長男	〇〇〇
	個人番号	012345678901				
	障害者手帳	③ 無・有 (手帳名 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)				
健康情報	1 異常なし 2 通院中(病名) アレルギー (卵・エビ) 3 ③ 4 その他特記事項 ( )					
保育の希望の有無	有 保育所等(保育所、認定こども園(保育部分)、家庭的保育、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいう。以下同) 保育利用(保育園、認定こども園※保育)の場合は「有」 教育利用(幼稚園、認定こども園※教育)の場合は「無」 無: 幼稚園等の利用を希望(幼稚園等)の場合を除く。					

入園に際して聞き取り等を行う場合があります。連絡がとりやすい携帯電話をご記入ください。

□ 支給認定証の交付を申請します。

1 保育の利用を必要とする事由等(保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合、記入ください。)

続柄	必要とする事由
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病等 <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 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 不在(死亡、離婚) <input type="checkbox"/> その他( )
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病等 <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 <input type="checkbox"/> その他( )

⑦の場合は、障害者手帳等のコピーを添付してください。

2 世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	有(□ひとり親世帯等 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅障がい者(児)のいる世帯)・ ③ 無
生活保護の適用の有無	有( 年 月 日保護開始)・ ③ 無

両親 きょうだい 祖父母 おじ、おば 曾祖父母 順で記入してください。

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業又は学校名等	個人番号	備考
フリガナ	ショウナイ イチロウ 由内 一郎	平 昭 〇年〇月〇日	男	父	会社員	012345678912	
フリガナ	ショウナイ ハナ 由内 花子	平 昭 〇年〇月〇日	女	母	パート	012345678934	
フリガナ	ショウナイ ヒサシ 由内 ひさし	平 昭 〇年〇月〇日	女	姉	〇〇高校1年	012345678912	別居
フリガナ	ヤマシタ サダヲ 山形 三郎	平 昭 〇年〇月〇日	男	祖父	無職	0123456999	
フリガナ	ヤマシタ マチ 山形 町子	平 昭 〇年〇月〇日	女	祖母	無職	012345678526	障害手帳

令和6年4月1日現在の学校名や学年等(予定)を記入してください。兄弟が別居、又は18歳以上の場合は申立書(手引きP2参照)が必要です。お問い合わせください。

障害者手帳等をお持ちの方は、備考欄に記入ください。※手帳のコピーの添付が必要です。

各園において、利用状況を確認させていただきたいので、別紙「保育利用の確認 各施設用」も記入してください。

入園後からならし保育が始まります。ならし保育期間を考慮した入園日にしてください。記入がない場合は入所決定できません。

利用を希望する期間	令和 <b>6</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日から	令和 <b>7</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 日まで
希望する利用曜日・時間	利用曜日	利用時間 (24 時間制で記入)
	<b>月</b> 曜日から <b>土</b> 曜日まで	<b>8</b> 時 <b>00</b> 分から <b>17</b> 時 <b>30</b> 分まで

就労時間が月平均120時間未満で保育園が定める保育短時間を超えて利用したい方は理由を記入してください。

※ 父母のいずれかの就労時間が月平均120時間未満で、希望する保育所が定める保育短時間を超えて利用したい場合は、その理由を記入ください。

(理由) **シフト勤務のため**

利用時間は就労時間に通勤・送迎の時間を加えた時間を目安に記入してください。

継続以外の方は第3希望まで記入してください。

利用を希望する施設名	施設名・希望理由	
(町立幼稚園を希望する場合は、第1希望に幼稚園名を記入ください。)	第1希望 <b>〇〇 保育園</b>	(希望理由) <b>一時預かりで利用しているため</b>
	第2希望 <b>〇〇 保育園</b>	(希望理由) <b>自宅から近いため</b>
	第3希望 <b>〇〇 こども園</b>	(希望理由) <b>勤務先から近いため</b>

個人情報の閲覧及び提供に関する同意

庄内町が施設型給付費、地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な税務資料及び世帯情報を閲覧すること並びにこの申請書に記入した個人情報及び決定された利用者負担額を町から特定教育・保育施設等(児童の入所施設に限る。)に通知することに、同意します。

**父、母、それぞれが署名して下さい。**

同意年月日 令和 **〇**年 **〇**月 **〇**日 同意年月日 令和 **〇**年 **〇**月 **〇**日

保護者氏名 **庄内 一郎** 保護者氏名 **庄内 花子**

※ 保護者の方の記入は以上です。以下は、記載しないでください。

5 施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して町に提出する場合)

受付	こちらは記入する必要はありません。		
施設 ( )			
担当			
連			
入所契約			
備			
6 町記載欄			
可・ (否とす 令和			<input type="checkbox"/> 短)
可・ (施設			( ) 期間
備			日