

様式第1号(第2条、第6条関係)

令和6年4月1日時点の年齢に○付けてください。

0歳・1歳	<input checked="" type="radio"/> 2歳	3歳・4歳・5歳
1. 新規	<input checked="" type="radio"/> 2. 継続	

子どものための教育・保育給付認定申請書兼入園申請書

施設型給付費・地域型給付費
(認定こども園・幼稚園)

新入園の方は1. 新規
在園児の方は2. 継続
に○を付けてください。

記入された日

申請年月日: 年 月 日

届け出済みの番号から変更のない場合は、記入の必要はありません。

保護者住所 鞍手郡小竹町大字〇〇△△××番地

小竹町長

保護者氏名

生年月日 昭和〇〇年△月××日

個人番号 ××××××××××××××

自宅電話番号 0949-6〇-△△××

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について、
日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。地方税法等に係る諸帳簿、台帳を確認され、給付費免除の有無を保育施設等に対して提示する

届け出済みの番号から変更のない場合は、記入の必要はありません。

① 利用を希望する施設について

申請に係る 小学校就学 前子ども	フリガナ 氏名 コタケ ジロウ 小竹 次郎	個人番号 ××××××××××××××	生年月日 平成00年0月00日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女	障害者手帳 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。			申請保護者との続柄 長男
	緊急連絡先 1 090-0000-0000	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他 ()	2 090-0000-0000	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他 ()	
健康・発達状況	<input checked="" type="radio"/> 良好 ・ 不明 ・ 病気等 (名称:)				
アレルギーの有無	なし ・ 不明 ・ <input checked="" type="radio"/> あ (種類: アーモンド)				
食事制限	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり (種類:)				
保育の希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 有: 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等の利用を希望 (幼稚園等との併願を含む) 【①~④まで記入してください】 <input type="radio"/> 無: 幼稚園等の利用を希望 【①~③まで記入してください】				

※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)

必ず、どちらかに○を付けてください。
認定こども園の利用を希望する場合は、「保育部分」の希望、又は「教育部分」のみの希望で判断してください。

② 利用を希望する施設(事業者)名・希望する期間に

利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	小竹こども園	(希望理由) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他 ()	事業所番号*
	第2希望	〇〇保育園	(希望理由) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	第3希望	△△認定こども園	(希望理由) <input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (幼児教育の興味があるため)	
利用を希望する期間	×年 ×月 ×日 から 就学前 年 月 日 まで			

「就学前」を選択、又は期間を記入してください。

※鉛筆や消えるボールペン等で記入しないでください。記入内容を訂正した場合には、必ず訂正印を押印してください。修正テープ等は使用しないでください。

③ 世帯の状況

令和5年1月1日時点の住所で☑を入れてください。

(世帯分離を含む全ての世帯員を記入してください。)

区分	フリガナ氏名	個人番号										職業又は学校名等	課税の有無	障がいの有無	同居・別居			
		年1月1日時点の住所																
児童の世帯員		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)				
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(	市	町	村)		有・無	有・無	同居・別居

届け出済みの番号から変更のない場合は、記入の必要はありません。

「保育の希望」が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由で当てはまるものについて、保護者ごとに☑を入れ、それを証明できる書類を提出してください。

④ 保育の利用を必要とする理由

※保護者の労働又は疾病等の理由を記入して下さい。

続柄	必要とする理由				備考
	父	母	その他	()	
保育の利用を必要とする理由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
希望する利用時間	利用曜日			利用時間	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

保育の利用を必要とする具体的な状況(勤務状況等)をご記入ください。

※保育短時間しか設定できない要件の場合は、希望の表示がなくても、「短時間」で設定します。

○優先利用事由情報

優先利用事由		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

該当項目がある場合は、ご記入ください。

○留意事項

留意事項	
------	--

ここから下は、施設(事業所)の記入欄です。

*施設記載欄(施設(事業所)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	
施設(事業者)名	(事業者名) (事業者番号:)
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 日契約(内定))) ・ 無
備考	