

(様式第1号)

保育園・幼稚園 入園申込書
(施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定申請書)

平成30年12月14日

保護者氏名 九戸 太郎 印

九戸村長 殿

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。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(くのへじろう) 九戸 二郎	平成29年1月1日生	男・女	有 無
保護者住所・連絡先	(住所) 九戸村大字伊保内1-1 (連絡先)父:080-1234-5678 母:080-2345-6789			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無(※)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所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(保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、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。(以下同じ)
- ・「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①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員	(くのへじろう) 九戸 二郎	本人	H29年1月1日生	男・女	—	有 無	2348 6789 0123
	(くのへたろう) 九戸 太郎	父	S55年1月2日生	男・女	公務員	有・無	2344 6789 0123
	(くのへはなこ) 九戸 花子	母	S55年1月3日生	男・女	パート	有・無	2345 6789 0123
	(くのへいちろう) 九戸 一郎	兄	H28年1月1日生	男・女	伊保内保育園	有 無	2346 6789 0123
	(くのへとし) 九戸 トシ	祖母	S30年1月1日生	男・女	農業	有・無	2347 6789 0123
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り(平成 年 月 日保護開始)					

個人番号を記載してください

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	平成31年4月1日から 平成32年3月31日まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	事業所番号*
	第1希望 伊保内保育園 (希望理由) 兄弟が入園しているため	
	第2希望 戸田保育園 (希望理由) 距離が近いため	
	第3希望 ひめほたるこども園(希望理由) 次いで距離が近いため	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(表面)

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	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"/> 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) ()	
	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"/> 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) ()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	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

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等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。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。

保護者氏名 九戸 太郎 印

*市町村記載欄

受付年月日	平成 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) 平成 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
入所施設(事業者)名		
(<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設(事業者)名	(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(平成 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

(裏面)