

施設型給付費・地域型保育給付費等保育給付認定申請書及び  
認定こども園・保育所・幼稚園入園申込書（兼保育児童台帳）

九重町長 殿

令和 年 月 日

施設型給付費・地域型保育給付費に係る保育所等の入園について、次のとおり申し込みます。

窓口にくる方  
の氏名

保護者	住所	九重町大字	行政区	◇◇◇◇	父・母以外の連絡先がある場合
	氏名	九重 太郎	連絡先	0973-76-△△△△	
	緊急時連絡先	父：090-0000-0000 母：090-0000-0000 【祖母】：79-△△△			

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	九重 次郎	生年月日 個人番号	△年△月△日生	年齢	3歳	性別	男・女	障害者手帳の有無	有・無
	マイナンバーを記入 一度支給認定を受けた方は記入 不要（斜線で消してください）	除去食	第○子	3歳未満	小麦粉	初めて申請する人	2子	□該当		
	認定者番号	00012345678	※既に、	は記入不要	る場合に記入してください。					
支給認定 発行に	希望しない場合は、無記入 認定証の発行を希望する（※希望する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> をしてください）									
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）								
	<input type="radio"/> 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、下記①～④に、「無」を○で囲んだ場合は、下記①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	児童との続柄	生年月日 個人番号	年齢	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
児童の 世帯員	九重 太郎	父	T・S・H・R ▲年▲月▲日	38	男・女	会社員	有・無
	九重 花子	母	T・S・H・R ▲年▲月▲日	30	男・女	パート	有・無
	九重 一郎	兄	T・S・R ▲年▲月▲日	8	男・女	小学3年	有・無
	九重 さくら	姉	T・S・R ▲年▲月▲日	2	男・女	〇〇保育園	有・無
	九重 太助	祖父	T・S・H・R ▲年▲月▲日	70	男・女	障がい手帳有	有・無
生計	日：平成 年 月 日			<input checked="" type="checkbox"/> 無	ひとり親	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	
在宅障害児（者）	<input checked="" type="checkbox"/> 有（2級） <input type="checkbox"/> 無	備考					

マイナンバーを記入  
一度支給認定を受けた方は記入  
不要（斜線で消してください）

該当するものに  
チェック

②利用を希望する期間、希望する施設（事業所）名

利用を希望する期間	令和 △ 年 △ 月 △ 日から令和 △ 年 △ 月 △ 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：みつばこども園	家から近い	
	第2希望：飯田こども園	祖母の家から近い	
	第3希望：		

\*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。

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ください。

	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、日数・就労時間等や疾病の状況など）〕 ○○株式会社勤務、 20日/月（交代制）、 9：00～18：00	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" 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、日数・就労時間等や疾病の状況など）〕 ××ストア勤務、 20日/月、 10：00～14：00 △月△日出産予定（△月△日から産休）		
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 3 0 分から 1 5 時 0 0 分まで

※ひとり親等で該当者がいない場合は続柄の欄に斜線を引いてください。

④税情報等の提供にあたっての署名欄

九重町が施設型給付費・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      九重 太郎

※特定教育・保育施設等とは、認定こども園・保育所・幼稚園等をいいます。

- 黒又は青のボールペンで、楷書ではっきりと書いてください。（鉛筆使用不可）
- 署名・捺印を確認してから提出してください。

\*施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

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