

(様式第1号)

令和6年度施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 認定こども園入園申込書

津野町長

殿

令和 年 月 日

保護者(申請者)氏名 \_\_\_\_\_ (印)

次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定を申請します。

該当に○を	新規 ・ 継続 (にじいろ園 ・ さくらんぼ園)	※継続の方は個人番号は不要です。
-------	--------------------------	------------------

【★】新規の方は、入園児童や保護者含む世帯員全員の個人番号(マイナンバー)が必要となります。

なお、申請書を提出する際に保護者の本人確認書類も必要となりますので、裏面をご確認下さい。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	障がい者手帳 の有無
	(ふりがな)	年 月 日生	男 ・ 女	有 ・ 無
保護者(申請者) 住所・連絡先	〒 _____ (Tel _____)		保護者個人番号(マイナンバー)12桁	
※上記の申請および個人番号の提供について、以下の者に委任します。 (上記の申請者が申請に来られない場合はご記入下さい。)				
受任者 (提出者)	氏名	住所	申請者との関係	
保育の希望の 有無(※)	有	保護者の労働又は疾病等、その他保育の必要性に該当する事由により保育園等において保育の利用(2・3号認定)を希望する場合		
	無	幼稚園等(1号認定)の利用を希望する場合		

(※)

- ・「保育園等」とは、保育園(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、事業所内保育を指します。
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(幼稚部分)を指します。
- ・「有」を○で囲んだ場合は以下の「①～④」に必要事項を記入してください。
- ・「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯・児童の状況

区分	氏名	続柄	生年月日	職業又は通われている 学校名、園名等	個人番号(マイナンバー)12桁	前年度(当年度) 分市町村民税 の有無
児童の 世帯員			年 月 日生			有 ・ 無
			年 月 日生			有 ・ 無
			年 月 日生			有 ・ 無
			年 月 日生			有 ・ 無
			年 月 日生			有 ・ 無
			年 月 日生			有 ・ 無
			年 月 日生			有 ・ 無
			年 月 日生			有 ・ 無
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日保護開始)					
対象児年齢(当該年度4/1時点)	歳	アレルギー	有 ・ 無 ( )			
対象児の健康状態 (該当の場合記入)	アトピー ・ ぜんそく ・ その他 ( ) 症状( )					
健診での指導事項	有 ・ 無 ( )					
通院・入院の有無	【通院】有 ・ 無 (内容 ) 【入院】有 ・ 無 (内容 )					

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	令和 年 月 日 ~ 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	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	事業所番号(!)	

◆ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。(!)の欄は市町村記載欄ですので、記入の必要はありません。

◆ 字は楷書ではっきりとボールペン(消えないもの)で書いてください。(鉛筆不可)

(表面)

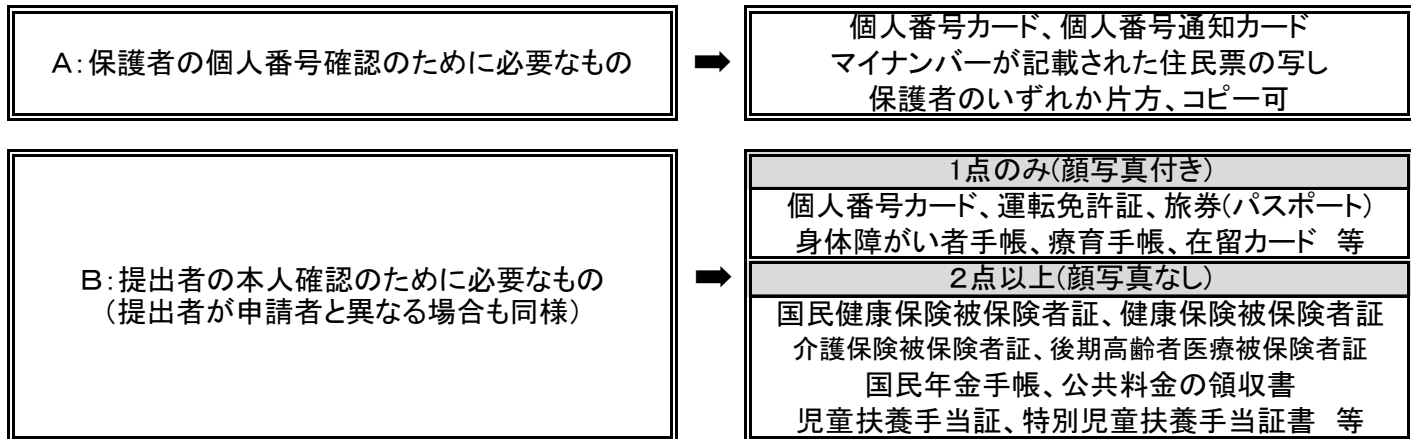
③保育を必要とする理由等

保護者 1	氏名		続柄	保育を必要とする理由				
				<input 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( )				
	携帯番号: - -		通勤時間: 片道 時間 分		交通手段: <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 他( )			
	祖父母 の状況	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所: 氏名: 職業: 有( ) ・無	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所: 氏名: 職業: 有( ) ・無	
保護者 2	氏名		続柄	保育を必要とする理由				
				<input 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( )				
	携帯番号: - -		通勤時間: 片道 時間 分		交通手段: <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 他( )			
	祖父母 の状況	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所: 氏名: 職業: 有( ) ・無	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所: 氏名: 職業: 有( ) ・無	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input 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	～	金曜日	まで	時	分から	時	分まで
			土曜日		時	分から	時	分まで

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・地以下型保育給費等の支給認定に必要な市町村民税額の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、そのよう法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: ㊦ 」

◇◇◇ 新規入園希望者様へ ◇◇◇



【★】AとBの両方を、申請書を提出する際に一緒にお持ちください(郵送は受け付けておりません)

\* 受付記載欄 受付されましたら、チェックをお願いいたします。

受付	・にじいろ園 ・さくらんぼ園 ・教育委員会 ・役場( 課)	受付日	令和 年 月 日
個人番号の記載	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
A: 番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等 <input type="checkbox"/> 無		
B: 身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書(運転免許証等) <input type="checkbox"/> その他書類2つ <input type="checkbox"/> 無		

\* 教育委員会記載欄

認定の可否		認定者番号		認定区分	
可・否(否とする理由)				幼稚	保育
令和 年 月 日 認定				<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 標準
入園(所)施設(事業者)名					
施設(事業者)名					
<input type="checkbox"/> 認定こども園《 <input type="checkbox"/> 連・ <input type="checkbox"/> 幼(□幼 □保)・ <input type="checkbox"/> 保(□保 □幼)・ <input type="checkbox"/> 地(□幼 □保)》 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> 地域型(□小 □家 □居 □事)					
(裏面)					