

【記入例】

令和8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 施設入所申込書

令和 〇 年 〇 月 〇 日 保護者氏名 大津 太郎

大津町長様

兄弟・姉妹が在園中で申請される場合は、保護者名は統一してください。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日	性別	障害者・療育手帳 の有無
	(ふりがな) おおつ じろう 大津 次郎	平成 〇 年 〇 月 〇 日 令和	男・女 マイナンバー	有・無 1234 5678 9012
保護者 住所・電話番号	住 所	大津町 ●●1234番地 ▲▲▲▲101号		
	電話番号	(父) 111-2222-3333	(母) 444-5555-6666	(自宅) 096-777-8888
携帯番号をご記入ください。				

①世帯の状況(同居している人すべてご記入ください。) 単身赴任等で別居中の方は「別居」と記載し、併せて現住所をご記入ください。をお書き下さい。

区分	氏 名	子ども との 続柄	生年月日	職 業 又は 学校名等	障害者・ 療育手帳 の有無	マイナンバー 必ずご記入下さい	備考
子どもの世帯員	(ふりがな) おおつ たらう 大津 太郎	父	S 〇 年 〇 月 〇 日 H	会社員	有・無	1234 5678 9012	〇〇県〇〇市〇区 〇〇町1234
	さつき	母	S 〇 年 〇 月 〇 日 H	派遣	有・無		
	めい 芽衣	姉	S 〇 年 〇 月 〇 日 H R	〇〇小学校	有・無		必ずご家族全員分 ご記入ください。
	いちろう 一郎	兄	S 〇 年 〇 月 〇 日 H R	〇〇幼稚園	有・無		
	いちたろう 一太郎	祖父	S 〇 年 〇 月 〇 日 H R	無職	有・無		身障〇級/療育〇1・2
	はなこ 花子	祖母	S 〇 年 〇 月 〇 日 H R	パート	有・無		
			S 年 月 日 H R		有・無		
			S 年 月 日 H R		有・無		
生活保護の適用の有無		適用無 適用有り			令和 年 月		

② 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用希望期間	令和 〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇 年 3 月 31 日		
利用を希望 する施設 (事業者)名	施設（事業者）名・希望理由・見学		
	第1希望	〇〇〇〇保育園 (理由) 【例】自宅に近いから 職場に近いから	見学 ☒ 済 ☐ 未
	第2希望	〇〇〇〇保育園 (理由) 通勤経路にあるから 兄弟が入所している	見学 ☒ 済 ☐ 未
第3希望	〇〇〇〇幼稚園 (理由) 園の雰囲気が気に入ったから 延長時間が長いから	見学 ☐ 済 ☒ 未	
希望保育施設に入所 できなかった場合の 利用調整 (該当する番号に○)	第1～第3希望以外の保育所に空きがある場合: 入所を 1. 希望する (ア. 小規模保育所を含む イ. 含まない) 2. 希望しない		特記 事項
	兄弟姉妹の申込: 1. 全員が入所できるまで待つ 2. 一人でも入所希望		・支給認定証の交付のみ希望 ・その他 ()
備考	ア、希望3ヶ所以外の認可保育園 ・認定こども園を協議した上で、 小規模保育園の協議も希望 する場合 イ、希望3ヶ所以外の認可保育園 ・認定こども園のみを協議する場合		

本人確認	マイナンバー・免許証・その他()
------	-------------------

裏面もご記入ください

③ 保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	父	☒ 就労 ☐ 就学 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ その他()	
	母	☒ 就労 ☐ 就学 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 妊娠・出産(母子手帳のコピーをつけてください) ☐ その他()	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	☒ 標準時間(11時間)保育希望 ☐ 短時間(8時間)保育希望 大津町内の保育園: 8時から16時
	(月)・(火)・(水)・(木)・(金)・土	※24時間単位で記入 8:00 時から 17:00 時まで	

④ 祖父母の状況

(※祖父母が離別している場合も、氏名は記入してください。住所が不明の場合は「不明」と記入してください。)

区分	氏名	年齢	児童との同居状況	住所 (別居の場合のみ記入)	職業	健康状態	
父方	祖父	大津 一太郎	〇〇	(同居) 別居・死別		無職	身障〇級
	祖母	花子	〇〇	(同居) 別居・死別		パート	良好
母方	祖父	△△ △△	△△	同居 (別居) 死別	〇〇県〇〇市〇〇町 1 2 3 番地	会社員	〃
	祖母	△△	△△	同居 (別居) 死別	〃	無職	疾病

⑤ 世帯の状況

該当の場合〇	1. 母子世帯	2. 父子世帯
	(3.) 在宅障害児(者)がいる(申込み児童含む)	4. 生活保護世帯

3. に該当する場合は以下を記入し、手帳のコピーをつけてください。

名前(大津 一太郎) 続柄(祖父) 障害の程度(身障〇級)

⑥ 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及び副食費について、特定教育・保育施設等に対して提示及び納付状況を確認することに同意します。

保護者氏名 大津 太郎

⑦ 代理人が提出する場合は、下記委任状を記入してください。

大津町長 様	委 任 状
(保護者)	住 所 : 氏 名 : 生年月日 : 年 月 日 (印)
私は、下記の者を代理人と定め、子どものための教育・保育の支給認定等に係る手続きに関する権限を委任します。	
(代理人)	住 所 : 氏 名 : 生年月日 : 年 月 日 (印)

※ 新年度4月利用申請の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、一次利用申請締切日までに提出された支給認定申請については、12月中旬から下旬頃に認定します。