

# (記入例)

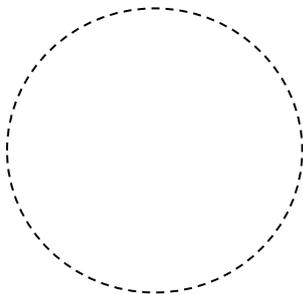
新規・**継続**

## 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書兼入所申込書

伊仙町長 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（入所申込）します。

受付印



令和7年11月〇〇日

保護者住所 伊仙町伊仙〇〇〇-〇 〇〇〇号室

保護者氏名 〇〇 〇〇 (印)

連絡先(父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

連絡先(母) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(令和6年1月1日現在の住所) **町内**・町外

(令和7年1月1日現在の住所) **町内**・町外

申請児童名	(ふりがな) 氏名	生年月日	年齢	性別	区分
	( 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇〇 )	R2年 7月 7日	5歳	<b>男</b> ・女	新規 <b>継続</b>
( )	年 月 日	歳	男・女	新規・継続	
( )	年 月 日	歳	男・女	新規・継続	
( )	年 月 日	歳	男・女	新規・継続	

### ①利用を希望する期間及び施設名

利用を希望する期間	令和8年4月1日から令和9年3月31日	
順位	施設名	希望理由
第1希望	〇〇保育園	自宅に近いから
第2希望	〇〇こども園	自宅に近いから
第3希望	〇〇〇保育園	勤務先に近いから

### ②保育の利用を必要とする理由等

保育所等において保育の利用を希望する場合に必要とする理由を全て記入してください。

保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(160時間/月 又は _____ 時間/週) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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( )
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(160時間/月 又は _____ 時間/週) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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( )
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月 曜日から 土 曜日まで	8時00分から 17時00分まで

### ③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、及び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 〇〇 〇〇 (印) (印)
---

(第2面)

④世帯の状況 (本人を含めて、同居している方すべてを記入してください)

※学校名等は、令和8年4月の進級先(予定)

区分	児童との続柄	マイナンバー (※保護者のみ記入)												生年月日	性別	勤務先 (職業又は学校名等)	備考
		氏名															
児童の世帯員	父	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	S63・4・5	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	会社員	
		〇〇 〇〇															
	母	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	S63・5・5	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	事務員	
		〇〇 〇〇															
	姉	〇〇 〇〇												H23・11・11	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇中学校	
	兄	〇〇 〇〇〇												H27・8・8	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	〇〇小学校	
	本人	〇〇 〇〇〇												R2・7・7	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	〇〇保育園	
														・	男・女		
生活保護の適用の有無		① 適用なし 2 適用あり ( 年 月 日保護開始)															
在宅障がい児(者)の有無		① なし 2 あり															
ひとり親世帯等		児童扶養手当 受給中・申請中( 年 月 日 申請)															

⑤祖父母の状況

父方	祖父氏名	〇〇 〇〇〇	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居	住所 徳之島町〇〇〇-〇	※同居の場合、記載は不要です。
	祖母氏名	〇〇 〇〇〇	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居	同上	
母方	祖父氏名	〇〇 〇	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居	住所 伊仙町〇〇〇-〇〇	※同居の場合、記載は不要です。
	祖母氏名	〇〇 〇〇	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居	同上	

⑥児童の健康状態

健康状態で該当する番号に○をつけてください					
<input checked="" type="radio"/> 1 健康	<input type="radio"/> 2 虚弱	<input type="radio"/> 3 障がいあり	・身障手帳 記号番号 ( ) ( 級) ・療育手帳 記号番号 ( ) (判定 ) ・特別児童扶養手当 記号番号( ) ( 級)		
[障がい等をお持ちの場合は、その状況を具体的に記入してください。なお、児童発達支援施設等を利用している場合は、施設名を記入してください。]					
既往歴(今までにかかった病気を記入してください。)			入院の経験 (病名: ) <input checked="" type="radio"/> なし あり (年齢: 歳 か月)		
食物アレルギー	<input checked="" type="radio"/> なし ・まだ食べていない ・あり 【牛乳・卵・小麦・そば・大豆 ・その他( )】				
気管支喘息	<input checked="" type="radio"/> なし ・あり		アトピー性皮膚炎	<input checked="" type="radio"/> なし ・あり	
アレルギー性結膜炎	<input checked="" type="radio"/> なし ・あり		アレルギー性鼻炎	<input checked="" type="radio"/> なし ・あり	
常時内服している薬 <input checked="" type="radio"/> なし あり【具体的に					