様式第1号(第5・10・14・16条関係)

(第1面)

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

年　　月　　日

保護者住所

保護者氏名　　㊞

連　絡　先（父）

連　絡　先（母）

（令和７年１月１日現在の住所）　　町　内　・　町　外

（令和８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
	(　　)	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
	(　　)	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	年　　月　　日　から　　年　　月　　日	
順　位	施　設　名	希　望　理　由
第1希望		
第2希望		
第3希望		

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	□就労(＿＿＿時間／月　又は＿＿＿時間／週)　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等 □災害復旧　□求職活動　□就学　　□その他(　　)
	母	□就労(＿＿＿時間／月　又は＿＿＿時間／週)　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等 □災害復旧　□求職活動　□就学　　□その他(　　)

希望する利用時間	利　用　曜　日	利　用　時　間
	曜日から　　曜日まで	時　　分　から　　時　　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　　㊞

（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９年4月現在の進級先（予定）**

区分	児童との続柄	マイナンバー（※保護者のみ記入） 氏　名	生年月日	性別	勤務先 （職業又は学校名等）	備考
児童の世帯員			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	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		同居・別居	住所　※同居の場合、記載は不要です。
	祖母氏名		同居・別居	
母方	祖父氏名		同居・別居	住所　※同居の場合、記載は不要です。
	祖母氏名		同居・別居	

⑥児童の健康状態

健康状態で該当する番号に〇をつけてください

1　健康	2　虚弱	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：　　） なし・あり　（年齢：　　歳　　か月）

食物アレルギー	・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	なし　・　あり	アトピー性皮膚炎	なし　・　あり
アレルギー性結膜炎	なし　・　あり	アレルギー性鼻炎	なし　・　あり

常時内服している薬

なし・あり【具体的に　　】

（第3面）

⑥児童の健康状態

児童名（2人目）			
健康状態で該当する番号に〇をつけてください			
1　健康	2　虚弱	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：　　） なし・あり　（年齢：　　歳　　か月）	
食物アレルギー	・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	なし　・　あり	アトピー性皮膚炎	なし　・　あり
アレルギー性結膜炎	なし　・　あり	アレルギー性鼻炎	なし　・　あり
常時内服している薬 なし・あり【具体的に　　】			

⑥児童の健康状態

児童名（3人目）			
健康状態で該当する番号に〇をつけてください			
1　健康	2　虚弱	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：　　） なし・あり　（年齢：　　歳　　か月）	
食物アレルギー	・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	なし　・　あり	アトピー性皮膚炎	なし　・　あり
アレルギー性結膜炎	なし　・　あり	アレルギー性鼻炎	なし　・　あり
常時内服している薬 なし・あり【具体的に　　】			