

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利用申込書

(新規・転園・継続)

記入例

昭和町長 様

必ず自署で  
お願いします

提出日 令和 5年 11月 10日

保護者氏名 昭和 太郎

転園の場合  
記入

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定申請および施設利用申込みをします。

ふりがな	しょうわ じろう	男	生年月日	R6.4.1時点	現在利用している施設
児童氏名	昭和 二郎	女	平成 令和 3年 2月 27日	3 歳	(1号・2号・3号)
住所	〒 409-3864 昭和町 押越542-2			連絡先	自宅(055-275-2111) 父携帯(090-1234-5678) 母携帯(090-8765-4321)
家庭状況	・R5.1.1の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和町以外(市町村名:千葉市) ・R6.1.1の住所 <input type="checkbox"/> 昭和町以外(市町村名: ) ・単身赴任・別居 <input checked="" type="checkbox"/> あり(続柄:父)(住所:東京都八王子市〇〇〇) ・離婚協議・別居 <input type="checkbox"/> あり(続柄: )(住所: ) ・生活保護の適用 <input type="checkbox"/> あり ・ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 離婚(住民登録 <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 別) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( ) ・障がい児(者)あり <input type="checkbox"/> (氏名: ) (障害者手帳等・特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 保育料の滞納(兄弟姉妹分を含む) <input type="checkbox"/> あり				
※該当に チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 2・3号 保護者の労働等により、保育所等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等との併願の場合を含む) →1~6を記入 <input type="checkbox"/> 1号 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く) →1・2・6を記入				

どちらかに  
チェック

該当がない場  
合は、次に進ん  
でください。

1号は1.2.6だけの

1. 入園を希望する施設・期間

第1希望	●●●こども園	(希望理由) 兄弟が通っているため	見学 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
第2希望	〇〇保育園	(希望理由) 教育方針に共感したため	見学 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
第3希望		(希望理由)	見学 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
利用希望期間	令和 6年 4月 1日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 月末まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学まで		

2. 世帯の状況 ※世帯分離していても同一敷地内であれば記入 ※父母いずれかが別居の場合も記入

番号	ふりがな 氏名	申込児から みた続柄	同居・別居	生年月日	令和6年 4月1日 の年齢	勤務先・学校名・園名等	マイ ナンバー
1	しょうわ じろう 昭和 二郎	本人					1234 5678 9101
2	しょうわ たろう 昭和 太郎	父	同 別	明・大・昭・平・令 57・4・3	41	名称: □△株式会社 TEL: ●●●-●●●-●●●	1234 5678 9102
3	しょうわ はなこ 昭和 花子	母	同 別	明・大・昭・平・令 57・3・21	42	名称: √△スーパー TEL: ●●●-●●●-●●●	1234 5678 9103
4	しょうわ いちろう 昭和 一郎	兄	同 別	明・大・昭・平・令 30・10・5	5	名称: ●●●こども園 TEL: ●●●-●●●-●●●	1234 5678 9104
5	しょうわ ほたる 昭和 蛍	祖母	同 別	明・大・昭・平・令 35・8・1	63	名称: 株式会社〇〇〇 TEL: ●●●-●●●-●●●	1234 5678 9105
6			同 別	明・大・昭・平・令 .		名称: TEL: - -	
7			同 別	明・大・昭・平・令 .		名称: TEL: - -	

令和6年の  
年齢です

3. 保育の利用を必要とする理由等 ※2号・3号の方がご記入ください

保育を必要とする理由 ※2号・3号の方がご記入ください	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 不在(ひとり親・行方不明・離婚協議中) <input type="checkbox"/> その他( )
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(育休明けですか? → <input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(月)育児休業あり・なし <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 不在(ひとり親・行方不明・離婚協議中) <input type="checkbox"/> その他( )
希望する利用日時	<input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input checked="" type="radio"/> 水 <input checked="" type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金 土 曜日	8時 30分から 16時 00分まで(7.5時間)

4. 祖父母の状況 ※2号・3号の方がご記入ください

	氏名	傷病	就労	申請児童と同居・別居、住所、電話番号
父方	昭和 蛍 (63 歳)	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 同 <input checked="" type="radio"/> 別 <input type="radio"/>	〒 同上 TEL ( )
	( 歳)	有・無	有・無 同・別	〒 TEL ( )
母方	正和 昭太郎 (69 歳)	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 同 <input checked="" type="radio"/> 別 <input type="radio"/>	〒 252-0000 TEL042(00)●●00 神奈川県相模原市●●00
	正和 和子 (70 歳)	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 同 <input checked="" type="radio"/> 別 <input type="radio"/>	〒 同上 TEL042(00)●●00

5. 児童手当等に係る保育料の徴収等に関する申出書 ※2号・3号の方がご記入ください

保育所利用料を滞納した場合には、児童手当法第21条第1項及び第2項、第22条第1項の規定に基づき、昭和町長から支給を受ける児童手当等(児童手当及び特例給付をいう。以下同様。)の額から当該滞納分の保育料の支払いに充てる旨を申し出ます。なお、申出の撤回又は申出内容の変更を行わない限りにおいて、本申出に基づき、中学卒業まで(15歳の誕生日後の最初の3月31日まで)の児童手当等から保育料の支払いに充てるものとします。

2・3号希望のみの記載

令和 5年 11月 10日

(児童手当受給者)  
保護者氏名

昭和 太郎

※2号・3号の方がご記入ください

6. 同意事項・誓約事項

- 昭和町が施設型給付費・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。
- その情報に基づき決定した利用者負担額及び本申請に係る情報について、特定教育・保育施設に対し提示すること。
- 正当な理由なく必要書類を提出しない場合は支給認定が取り消され、施設利用が出来ないこと。
- 申請した内容に変更があった場合は速やかに、変更手続きをすること。
- 保育所等に入所した際、保育料等を納期限内に必ず納付すること。

必ず自署でお願いします  
押印は必要ありません

上記について、同意・誓約します

令和 5年 11月 10日

保護者氏名

昭和 太郎

※施設記載欄(施設(事業者)を経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	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約・(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(契約・内定(令和 年 月 日 契約(内定))) <input type="checkbox"/> 無
備考	