No.

様式第１号（第３条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書
（兼 保育所（園）・認定こども園入園申込書）

年　　月　　日

綾町長　　様

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を申請します。

保護者	現住所	綾町大字入野1234-5	電話番号	自宅	0985-77-****
	令和8年1月1日現在住所	同上		携帯 父	090-****-****
	氏　　名	綾　照葉		携帯 母	080-****-****

	氏　　名	生年月日	性別	令和9年4月1日現在の年齢	障害者手帳の有無
申請に係る小学校就学前子ども	1 綾　元気	令和 4 年 5 月 12 日生	(男)・女	4歳　10ヶ月	有・(無)
	食物アレルギーの有無	無 ・ (有)	有の場合の食品名（ 牛乳・卵 ）		
認定者番号（※１）					
保育の希望の有無（※２）	(有) ： 保護者の労働、疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。）				
	無 ： 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）				

※１　既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。

※２　・「保育所等」とは、保育所、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、事業所内保育をいいます。
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び②に必要事項を記入して下さ

①家族の状況（本人は除き、世帯分離を含みます。）

区分		氏　　名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先名（職業）又は学校名等	個人番号
児童の世帯員	1	綾　元気	本人				
	2	綾　照葉	父	昭和52年1月1日生	(男)・女	（株）○×商事	
	3	綾　樹里	母	昭和53年2月2日生	男・(女)	（有）○△建設	
	4	綾　博文	兄	平成20年3月3日生	(男)・女	綾小学校	
	5	綾　俊彦	祖父	昭和28年4月4日生	(男)・女	自営業（農業）	
	6	綾　美千子	祖母	昭和29年5月5日生	男・(女)	無職	
	7	(ふりがな)		年　月　日生	男・女		
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）				

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9年4月1日から令和10年3月31日まで		
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名（希望する施設に○で囲んで下さい）		希望理由
	第１希望	南俣保育所・綾保育園・綾幼稚園・その他（　　）	自宅から近いから
	第２希望	南俣保育所・綾保	が良いから
	第３希望	(南俣保育所)・綾保	気が良いから

現在と同じ施設の利用を希望する場合は、入所している施設のみをお書きください。

＊きょうだいで入所されている場合もお子様ごとに１枚の用紙に記載してください。

③保育の利用を必要とする理由等

※表面の「保育の希望の有無」で「有」を○で囲ん

（「無」を○で囲んだ場合は記入の必要はありま

就労の具体的な状況をお書きください。「雇用形態」は、正社員、パート、アルバイト、派遣、契約社員、自営業、内職など雇用などの形態をお書きください。

	続柄	必	備考
保育の利用を必要とする理由等（※3）	父	☑就労　□疾病・障がい　□　□災害復旧 □求職活動　□就学　□　休業　□その他 具体的な状況（勤務先、就労時間　数等や疾病の状況など）やその他の内容 ≪就労の場合≫　≪就労以外の場合≫ 雇用形態：**正社員** 就労時間：　**8**時**30**分から**17**時**30**分まで １か月の平均就労日数：　**20**　日 １か月の総就労時間：　**160**時間	
	母	☑就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等　□災害復旧 □求職活動　□就学　□育児休業　□その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）やその他の内容 ≪就労の場合≫　≪就労以外の場合≫ 雇用形態：**パート勤務** 就労時間：　**10**時**00**分から**16**時**00**分まで １か月の平均就労日数：　**20**　日 １か月の総就労時間：　**120**　時間	
家庭の状況		□ひとり親家庭　・　☑左記以外	
希望する利用時間		☑　保育標準時間利用　（1日の利用時間が11時間以内） □　保育短時間利用　（1日の利用時間が8時間以内）	

就労以外の場合は、「記入上の注意」を参考に具体的な状況をできるだけ詳しくお書きください。

1ヶ月の就労時間で保育する時間が変わります。

※3　保育の利用が必要なことを証する書類を添付して下さい。

本申請書の提出後から支給認定の有効期間満了日まで、町長が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の情報（同一世帯者の情報を含む。）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

＊町記載欄

受付年月日	年　月　日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 （否とする理由） 年　月　日認定		□１号　□２号　□３号 （□標　□短）
支給（入所）の可否		支給(利用)期間
可・否 （否とする理由） （□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型）		自　年　月　日 至　年　月　日
入所施設（事業者）名		
□認定こども園（□幼保連携　□幼（□幼　□保）　□保（□保　□幼）　□地（□幼　□保）） □幼稚園　□保育所　□地域型（□小　□家　□居　□事）		

備　考		受付	入力	確認