

記入例

支給認定(現況)申請書
(施設型給付費・地域型給付費)

ペンまたはボールペンで記入してください。
(※鉛筆や消せるボールペンでの記入は不可)
記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消・訂正してください。

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受ける場合、次のとおり記入してください。

申請児童	氏 名(フリガナ)		R * 年 * 月 * 日生	(男) 女
	アサクチ ジロウ			
	浅 口 次 郎			
保護者	氏 名(フリガナ)		住 所	
	アサクチ タロウ		〒719-0252	
	浅 口 太 郎		浅口市鴨方町六条院中〇〇〇〇番地	
	(連絡先) ※連絡が付きやすい順にご記入ください			
認定者番号	※既に支給認定されている場合は、この欄に記入してください。			
保育の希望の有無(※)	有	保護者の労働又は疾病等により、児童が保育を必要とする場合(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。)		

浅口市に転入予定で申込みされる方は、現住所と転入予定の住所を記入してください。

例：〇〇市〇〇町△△1-2

浅口市鴨方町鴨方XXXX-XX (R7. 3月中旬転入予定)

(※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園、幼稚園等を含みます。(以下同じ。)

児童の父母が単身赴任等で別居している場合でも、父母は必ず記入してください。また、住民票上の世帯に関わらず、同居者全員を記入してください。

入所(園)希望日時点の状況を記入してください。

例：4月1日入所(園)希望であれば、4月1日時点の状況(見込)を記入してください。

居宅訪問型保育及び事業所内保育

※単身赴任等により、父又は母が児童と別居している場合は、備考欄へ別居先の住所を記入してください。

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	現在の年齢	職業又は学校名等	備考
児童の世帯員	浅口 太郎	父	S * 年 * 月 * 日	39	会社員	(単身赴任) 広島市中区●●
	浅口 良子	母	H * 年 * 月 * 日	32	パート	
	浅口 花子	姉	R * 年 * 月 * 日	5	〇〇こども園	
	浅口 次郎	本人	R * 年 * 月 * 日	1		
	浅口 幸子	祖母	S * 年 * 月 * 日	69		

利用開始は、原則、各月1日となります。

生活保護の適用の有無

適用なし

適用あり()

月 日保護開始)

ひとり親家庭

在宅障害者

左記以外

利用が決定した場合に必ず通える施設のみを記入してください。必ずしも第6希望まで記入する必要はありませんが、記入いただいた希望園のみと利用調整をします。第7希望以降についても記入したい方は、余白にご記入ください。

申込後、利用希望施設の変更を行う場合は、別途手続きが必要です。

利用する施設(事業者)名

R8 年 4 月 1 日から

☑就学前まで

☐ 年 月 日まで(必要な期間を記入)

施設(事業者)名・希望理由

第1希望	〇〇こども園	(希望理由)	姉が在園しているため
第2希望	△△保育園	(希望理由)	通勤途中のため
第3希望	〇〇こども園	(希望理由)	通勤途中のため
第4希望	××こども園	(希望理由)	職場から近い
第5希望	□〇保育園	(希望理由)	祖父母宅から近い
第6希望	△□保育園	(希望理由)	通園可能範囲内のため

・入所し通うことができる範囲でご記入ください。利用申込みが保育所等の受入れ可能範囲内でご記入いただいた範囲内で利用調整を行います。

③保育の利用を必要とする理由等

(裏面)

※保護者の労働又は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に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・負傷・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他 ()	
		母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・負傷・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他 ()
	希望する利用時間		利用曜日 (○を付けてください) 月・火・水・木・金・土・日
希望する利用区分	☐ 保育短時間利用(1日最大8時間) ☒ 保育標準時間利用(1日最大10時間)		

各施設の利用時間を確認し、選択してください。
 ※利用可能な時間帯を超えた場合、延長保育料が発生します。
 ※「求職中」の方は「短時間利用」となります。

④申請児童の健康状況等

障害者手帳の有無	☒ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー	無 ☒ 有 (☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☒ その他 (ハウスダスト)
受診済みの健康診査	☒ 3か月 ☐ 1歳6か月 ☐ 3歳 ☐ その他 (歳 か月) 健診での指導事項 ☐ 無 ☒ 有 (体重が少ない)
入院の有無	☐ 無 ☒ 有 (病名等: クルーズ症候群)
通院・通所等の有無	☒ 無 ☐ 有 (病名・診断名等:) 通院・通所頻度 ()

申請児童の健康面や発達面で気になることや、園にあら
 じめ知っておいて欲しいことがあれば、余白に記入し
 てください。

⑤兄弟姉妹で2人以上の利用申込みをしている方は

☒ ①全員が同じ月に利用できるのであれば、別々の
☐ ②全員が同じ月に、同じ保育所等を利用できない
☐ ③1人だけ利用できる場合でも、利用を希望する。(下記ア～エを選択してください。)
ア 年長の児童が利用できる場合は、1人でも利用を希望 イ 年少の児童が利用できる場合は1人でも利用を希望 ウ

⑥個人情報

1 市が	兄弟姉妹で申込みされる場合は、①～③のいずれかを必ず選択してください。下記選択肢以外の希望がある場合は、余白に記載していただくか、別紙に記載して添付してください。 ①の場合：兄弟姉妹それぞれの希望順位の高い施設が優先されます。なお、兄弟姉妹がそれぞれ複数の施設で入所調整できた場合に、それぞれの希望順位が高い施設で別々になるよりも、希望順位が低くても同一施設の利用を優先される場合は、余白に「下位希望施設でも同一保育所等の利用を優先する」と記載してください。 ②の場合：同時に同一保育所等に入所できない場合、全員保留(待機)となります。 ③の場合：入所できなかった兄弟姉妹について、入所できるまでの期間(保留中)の保育について、確認します。また、入所保留となった兄弟姉妹の希望施設等を変更する場合は、別途変更届を提出してください。
2 申請書等	
3 教育・保	
4 申請内容	

保護者氏名

浅口 太郎

*市記載欄

認定の可否		認定者番号	認定区分等
可・否	年 月 日認定		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
支給(利用)の可否		支給(利用)期間	利用施設(事業者)名
可・否	年 月 日認定	自 年 月 日	
(否とする理由)		至 年 月 日	

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

施設(事業者)名		受付年月日	年 月 日
(事業所番号:)			
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無		