

# 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、

申請児童	氏名(フリガナ)		R5年5月11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 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			
認定者番号	① 090-△△△△-□□□□			
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有	保護者の労働又は疾病等による児童の保育の必要が生ずる場合(幼稚園等と併願の場合を含む。)		
	<input type="radio"/> 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 (R6.3月中旬転入予定)

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。

家庭の状況は、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。

居室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	フリガナ氏名	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	アサクチ タロウ 浅口 太郎	父	S**年 *月 *日	37	会社員	広島市中区●●
	アサクチ 良子 浅口 良子	母	H**年 *月 *日	32	パート	
	アサクチ 花子 浅口 花子	姉	H**年 *月 *日	5	〇〇こども園	
	アサクチ 次郎 浅口 次郎	本人	R**年 *月 *日	0		
	アサクチ 幸子 浅口 幸子	祖母	S**年 *月 *日	69		
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用なし		<input type="radio"/> 適用あり(〇〇年〇月〇日保護開始)			
家庭の状況	<input type="radio"/> ひとり親家庭		<input type="radio"/> 在宅障害者		<input checked="" type="radio"/> 左記以外	

利用開始は、原則、各月1日となります。

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。

希望する施設(事業者)名	R6年4月1日から	<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで	<input type="checkbox"/> 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)	職場から近いため
第5希望	□〇保育園	(希望理由)	祖父母宅から近いため
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の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	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(1日最大 ) <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間利用(1日最大 )		

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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 )
アレルギー	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>ハウスダスト</b> ) )
受診済みの健康診査	<input checked="" type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他 ( 歳 か月 ) 健診での指導事項 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <b>体重が少ない</b> )
入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (病名等: <b>クルーズ症候群</b> )
通院・通所等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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、園にあらか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ければ  
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 どちらの場合でも利用を希望 エ その他の希望( )

⑥個人情報等

1 市が加え、申請書に必要情報を提供すること。  
 2 申請書等に教育・保育の可否の申請内容以上のこと。

きょうだい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。  
 ①の場合：きょうだいそれぞれの希望順位の高い施設が優先されます。  
 ②の場合：同時期に入所できなければ、きょうだいとも利用できないため、保留(待機)となります。  
 ③の場合：入所できなかったきょうだいについて、入所できるまでの期間の保育について確認します。

子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、状況及び世帯情報等の利用料の算定に必要と認められる場合に、施設・事業所を集中し審査等に日時を要するため、利用料額について、利用施設に対して提示すること。

保護者氏名

**浅口 太郎**

*市記載欄		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	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	
支給(利用)の可否	支給(利用)期間	利用施設(事業者)名	
可・否 (否とする理由)	年 月 日認定	自 年 月 日 至 年 月 日	

\*施設記載欄(施設(事業者)を經由して市に提出する場合)

受付年月日		年 月 日
施設(事業者)名	(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	