第１号様式

施設型給付費・地域型保育給付費等　支給認定申請書（変更）
兼　保育利用（継続・転園）申込書

（宛先）田子町長

次のとおり、支給認定を申請し、施設の利用を申し込みます。
保育が必要な場合、保育の利用を申し込みます。

現在利用している施設（事業者）名	該当する場合はチェックしてください。
	□新規 □継続 □転園

申請日	令和　　年　　月　　日	児童との続柄		保護者氏名	
				個人番号	

申請児童	氏名	生年月日	性別	兄弟姉妹における順番
	フリガナ	H·R　　年　月　日	男・女	□ 第１子 □ 第２子 □ 第３子以降
個人番号		障がい	□無 □有（　　手帳　　級　□その他証明）	

保護者住所・連絡先	住所	〒 田子町大字		
	父携帯		自宅	
	母携帯			

保護者の令和8年1月1日現在の住所	父	□ 同上　□ 上記以外⇒　　都・道・府・県　　市・区・町・村
	母	□ 同上　□ 上記以外⇒　　都・道・府・県　　市・区・町・村

保育の希望の有無（※）	有	□ 保育園等のみ希望（保護者の就労等により保育が必要）
		□ 幼稚園等と保育園等の両方を希望（保育が必要だが幼稚園等も申込：併願）
	無	□ 幼稚園等のみ希望（保育園等は希望しない）

利用が内定している幼稚園等名称		支給認定番号（交付されている場合）	
利用希望期間	令和　9年　4月　1日　～　令和　10年　3月　31日		

（※）・「保育園等」とは、保育園、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」の場合は①～⑤に、「無」の場合は①～③に必要事項を記入してください。

（※）・個人番号とは、平成28年1月1日マイナンバー制度実施に伴う各々の番号のことです。

＊施設記入欄（施設を経由して町に提出する場合）

受付年月日	令和　　年　　月　　日	施設（事業者）名	
利用契約（内定）の有無	□ 有（令和　　年　　月　　日　契約・内定）　□ 無		

＊町記入欄

受付年月日	年　　月　　日	支給認定番号	

認定の可否	認定区分等	支給(利用)期間
可・否　　年　　月　　日認定	□1号 □2号 □3号	自
否の理由：	□標 □短	年　月　日
支給（利用）の可否		至
可・否　□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型		年　月　日
否の理由：		

利用施設（事業者）名	□幼稚園　□保育園 □こども園　□地域型	事業所番号

令和　年度　町民税所得割	均等割	国階層　町階層　年齢	利用者負担額（保育料）
父	有・無		
母	有・無	第　　歳	
（　　）	有・無		
合計		基準額・半額・無料・母子等・第３子	円

①世帯の状況

↓　１人だけ○を付けてください。

	氏　名	児童との続柄	生計中心者	年号	生年月日	性別	勤務先・学校名・通園施設名等 学年も記入してください。
申請児童の同居者（世帯分離している同居者も含む）	フリガナ 個人番号	父		SH	年　月　日	男	
	フリガナ 個人番号	母		SH	年　月　日	女	
	フリガナ 個人番号	本人		HR	年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			TSHR	年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			TSHR	年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			TSHR	年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			TSHR	年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			TSHR	年　月　日	男・女	

健康保険における児童の扶養者	□父　□母　□父母以外=　児童との続柄：　氏名：
生活保護の適用	□無　□有⇒令和　年　月　日保護開始
ひとり親の場合の理由	□離婚　□死別　□未婚　□行方不明（　年　月頃から） □別居（　年　月頃から）⇒調停：□無　□有
同居者の障がい・介護認定	□障がい　□介護認定　内容：　児童との続柄：　氏名： □障がい　□介護認定　内容：　児童との続柄：　氏名：

			年齢	同居・別居の別（別居の場合は住所記入）	就　労	健康状態
祖父母の状況	父方	祖父		□同居　□別居　住所：	□有　□無	□良　□不良
		祖母		□同居　□別居　住所：	□有　□無	□良　□不良
	母方	祖父		□同居　□別居　住所：	□有　□無	□良　□不良
		祖母		□同居　□別居　住所：	□有　□無	□良　□不良

②申請児童の状況

申請児童の状況	アレルギー　□無　□有
	⇒有の場合　□卵　□牛乳　□大豆　□小麦粉　□そば　□その他： 家庭での除去の内容　□完全除去　□部分除去　□除去なし 医師の指導に基づいて　□いる　□いない 食物以外のアレルギー：
	治療中の傷病・既往症　□無　□有
	⇒有の場合　病名：　時　期：　年　月頃～　年　月頃まで 通院頻度：　経過等：
	施設等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがあれば記入してください。

③税情報等の提供・支給認定結果の通知に当たっての署名欄

町が支給認定に必要な町民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額(保育料)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。
また、支給認定申請の結果について、４月からの新規利用･継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、３０日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。

保護者氏名

※以下は保育の希望「有」の場合に記入してください。

④保育を必要とする事由

	続　柄	保　護　者　の　状　況	
保育を必要とする事由	父 父母以外の場合（　　）	□就労　□月１２０時間以上　□月４８時間以上～１２０時間未満 ⇒１日当り（　　）時間×月当り（　　）日＝月（　　）時間	
		□介護・看護　□月１２０時間以上　□月４８時間以上～１２０時間未満 ⇒１日当り（　　）時間×月当り（　　）日＝月（　　）時間	
		□就学・職業訓練　□月１２０時間以上　□月４８時間以上～１２０時間未満 ⇒１日当り（　　）時間×月当り（　　）日＝月（　　）時間 ⇒期間：　年　月　日～　年　月　日	
		□育児休業 ⇒期間：　年　月　日～　年　月　日	
		□災害復旧	□求職活動・起業準備等
		□疾病・障がい　⇒具体的に：	
		□その他：	
	母	□就労　□月１２０時間以上　□月４８時間以上～１２０時間未満 ⇒１日当り（　　）時間×月当り（　　）日＝月（　　）時間	
		□介護・看護　□月１２０時間以上　□月４８時間以上～１２０時間未満 ⇒１日当り（　　）時間×月当り（　　）日＝月（　　）時間	
		□就学・職業訓練　□月１２０時間以上　□月４８時間以上～１２０時間未満 ⇒１日当り（　　）時間×月当り（　　）日＝月（　　）時間 ⇒期間：　年　月　日～　年　月　日	
		□出産前後　⇒出産（予定）日：　年　月　日	
		□育児休業 ⇒期間：　年　月　日～　年　月　日	
		□災害復旧	□求職活動・起業準備等
		□疾病・障がい　⇒具体的に：	
		□その他：	
保育必要量（※）	保育を必要とする事由が就労・介護・看護・就学等の場合 □　保育標準時間希望（１日１１時間まで）　□　保育短時間希望（１日８時間まで）		
備考	（保護者等のいずれかが月120時間未満の就労で保育標準時間を希望する方はその理由を記入してください。）		

（※）保育必要量・・・保育を必要とする事由及び勤務時間に基づき認定します。
保育を必要とする事由が就労・介護・看護・就学・職業訓練の場合
①就労等の時間数が月１２０時間以上であっても、希望があれば、保育短時間認定を受けることができます。
②令和２年度現在、保育施設を利用している児童は、就労等の時間数が月１２０時間未満であっても、必要と認められる場合には、保育標準時間認定を受けることができる経過措置が設けられています。

⑤保育の利用を希望する施設（事業者）名

	利用希望施設（事業者）名	希望理由	見学
第１希望	□ 認定こども園（町内） □ 認定こども園（町外） □幼稚園　□ 地域型（町外）		済 ・ 未
第２希望	□ 認定こども園（町内） □ 認定こども園（町外） □幼稚園　□ 地域型（町外）		済 ・ 未
第３希望	□ 認定こども園（町内） □ 認定こども園（町外） □幼稚園　□ 地域型（町外）		済 ・ 未

兄弟姉妹で申込のとき	利用開始時期	□ 同時希望 □ 別々でもよい　＝優先する児童名 ①　②　③ 第２希望以降で同時利用開始が可能な場合 □ 別々でも希望順位が高い施設を希望 □ 第２希望以降で同時利用開始希望
	施　設	□ 同じ施設希望 □ 別々でもよい　＝第２希望以降で同じ施設を利用可能な場合 □ 別々でも希望順位が高い施設を希望 □ 第２希望以降で同じ施設を希望

送迎予定者	朝	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母 □ 上記以外 ⇒児童との続柄：　氏名：	夕	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母 □ 上記以外 ⇒児童との続柄：　氏名：

※町記入欄

基準点数			
居宅外労働		入院	10
実働月 140時間以上	8	常時病臥	9
実働月 120時間以上	7	安静診断	8
実働月 100時間以上	6	身障1・2、精神1、愛護A	7
実働月 48時間以上	5	身障3、精神2、愛護B	5
農業経営者	7	身障４以下	4
農業協力者	5	介護・看護 月 140時間以上	8
居宅内労働		介護・看護 月 120時間以上	7
実働月 120時間以上	7	介護・看護 月 100時間以上	6
実働月 48時間以上	5	介護・看護 月 48時間以上	5
居宅内労働（親族雇用）		災害復旧	10
実働月 120時間以上	6	求職 （生計中心者）	5
実働月 48時間以上	4	求職 （その他）	2
出産前後	8	不存在	8
就学・職業訓練	5		

調整点数			
ひとり親	5	転園兄弟同一施設	5
産休育休明け復職	3	兄弟同時申込	5
多子３人以上	2	兄弟利用中　＊	5
多子＋１人につき	1	兄弟利用求職中　＊	3
生活保護　※	1	兄弟同一施設希望	1
町民税非課税　※	1	障がい児	1
介・障同居	1	地域型卒園児	8
核家族	1	同居祖父母保育可能	△2
※重複なし		※重複なし	

父基準点数	母基準点数	調整点数			合　計