第１号様式

支給認定申請書　兼　保育利用申込願書

（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　□ 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	〒		
	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	令和　　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

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	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		S H　年　月　日	男	
	フリガナ 個人番号	母		S H　年　月　日	女	
	フリガナ 個人番号	本人		H R　年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			T S H R　年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			T S H R　年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			T S H R　年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			T S H R　年　月　日	男・女	
	フリガナ 個人番号			T S H R　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⇒H・R　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

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：