

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書兼保育所等入所申込書

令和 年 月 日

最上町長 殿

最上町教育委員会 殿

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請し、保育所・幼稚園施設への入所を申し込みます。必要に応じ、私の世帯の住民税課税台帳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。

※ 記載内容に不正（虚偽）が認められた場合は、認定・利用を取り消す場合があります。

「入所案内」及び最終ページをよく読んでご記入ください。記入には、消えない黒色のボールペンをご使用ください。

記入内容を訂正される場合は修正テープ等は使用せず、二重線で消したうえご記入ください。

ふりがな		性別	生年月日	年齢	続柄	認定者番号
申請児童 氏名		男 ・ 女	平成・令和 年 月 日	※4月1日現在 歳 ヶ月		※認定済の場合
保護者住所 連絡先	〒999- 最上町大字 (集落名)	自宅				
		父携帯				
		母携帯				
保育の希望 の有無	有	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				
	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）				

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、「幼稚園等」とは、認定こども園（教育部分）をいいます。

①保育の利用を必要とする理由など（該当する事由に☑と、必要項目に○を記入してください。）

※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のみ記入してください。

保育 必要の 利用を する 理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 [A.居宅外勤務 B.自営業（自宅内・自宅外 C.農業 D.内職） <input type="checkbox"/> 病気・障がい等 <input type="checkbox"/> 親族等の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 不在（死亡・離婚等） <input type="checkbox"/> そのほか _____
	母	<input type="checkbox"/> 就労 [A.居宅外勤務 B.自営業（自宅内・自宅外） C.農業 D.内職] <input type="checkbox"/> 病気・障がい等 <input type="checkbox"/> 親族等の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 不在（死亡・離婚等） <input type="checkbox"/> そのほか _____
求職 活動中の 申立	<input type="checkbox"/> 私（父・母）は、現在求職活動を行っている（就労予定 令和_____年_____月）ため、支給認定の申請を行います。 <input type="checkbox"/> 私（父・母）は、今後、令和_____年_____月より求職活動を行う予定のため、支給認定の申請を行います。 求職活動者氏名（自署）_____	
利用 希望	利用曜日（月・火・水・木・金・土） 利用時間（ : から : まで） （ 保育標準時間 ・ 保育短時間 ・ 教育標準時間 ） ※ご希望の時間に○をつけてください。 ※ 利用時間が 8：30～16：30 に収まる場合は「保育短時間」・幼稚園等の利用の場合は「教育標準時間」となります	

②利用を希望する期間、施設名

利用を 希望する 施設名に○	第1希望	あたごこども園 ・ 大堀保育所	利用を希望する理由（具体的に）
	第2希望	あたごこども園 ・ 大堀保育所	
利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ・ 就学前まで		
兄弟姉妹同時申込の場合	兄弟姉妹それぞれが別施設での利用（可・不可）※○をつけてください。		
過去に集団保育の利用がある場合	施設名（ ）平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		
現在の保育状況	父・母・祖父・祖母・その他（ ）※仕事に同伴の場合は同伴者（ ）		

※市町村記載欄

認定可否	認定番号	認定区分	支給(入所)可否	支給(利用)期間	入所施設名	転園等
可・否		1号・2号・3号 標・短	可・否	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		

③申請に係る児童の家族状況

※年齢は、令和5年4月1日現在で記入してください。

区分	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	職業（勤務先）及び通学先等*
利用希望児童以外の同居家族構成		父	昭・平 ・		男・女	※就労の場合 勤務先～施設の所要時間（ ）分
		母	昭・平 ・		男・女	※就労の場合 勤務先～施設の所要時間（ ）分 ※妊娠中の場合 出産予定日（ ）
			大・昭・平・令 ・		男・女	
			大・昭・平・令 ・		男・女	
			大・昭・平・令 ・		男・女	
			大・昭・平・令 ・		男・女	
			大・昭・平・令 ・		男・女	
			大・昭・平・令 ・		男・女	
			大・昭・平・令 ・		男・女	
			大・昭・平・令 ・		男・女	
生活保護適用の有無		無 ・ 有 （ 平成・令和 年 月 日適用開始 ）				

※申請児童の兄弟姉妹が保育所等を利用している場合は、在籍施設名をご記入ください。

緊急連絡先を優先順に記入してください。		
優先順	氏名（関係 又は 勤務先名）	電話番号
①	()	
②	()	
③	()	

④送迎について

主な送迎者（該当する方全てに○をつけてください）

父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 曾祖父 ・ 曾祖母 ・ おじ ・ おば

※同居者でない場合は、氏名（児童からみた続柄）を記入してください。

・ 氏名 (児童からみた続柄) ・ 氏名 (児童からみた続柄)

・ 氏名 (児童からみた続柄) ・ 氏名 (児童からみた続柄)

送迎バスの利用 あり ・ なし ※「あり」の場合別紙申込書の提出が必要となります。

④保育所等の利用をご希望のお子さんの健康状況等について記入してください。

健康状態	○お子さんの健康状態 (良好 ・ 普通 ・ 病弱)
	○現在の通院状況 (通院無 ・ 通院有) → 【有の場合】(病名： 病院名：)
	○障害、病気・事故等の後遺症等の状況 (無 ・ 有) → 【有の場合】()
体質	○アレルギーの状況 (無 ・ 有 ・ 離乳していないのでわからない) 【有の場合】 (食品名等： / 症状： 発疹・吐き気・呼吸困難・その他.....) (定期的な通院： 無 ・ 有 / 病院名：)
	○アトピーなどの状況 (アトピー ・ ぜんそく ・ その他.....)
その他	○乳幼児健診の状況 (受診・未受診 / 指摘事項：無・有) → 【有の場合】(内容：)
	○子育て関係機関への相談 (無 ・ 有) → 【有の場合】(内容：)
	○医師から禁止されていること等があれば ()
	○その他気になること、保育所等で注意が必要なことがあれば ()

⑤祖父母の状況について記入してください。

(別居・町外の場合も必ずご記入ください。年齢は、令和5年4月1日時点。状況は利用希望日時点)

父	祖父	氏名	昭・平 ・ (歳)	住所 (同居の場合「同居」と記入)
		<input type="checkbox"/> 就労 [A. 居宅外勤務 B. 自営業 (自宅内・自宅外) C. 農業(出荷有・出荷無) D. 内職] 勤務先名称() <input type="checkbox"/> 病気・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 乳幼児の保育 <input type="checkbox"/> 無職		
母	祖母	氏名	昭・平 ・ (歳)	住所 (同居の場合「同居」と記入)
		<input type="checkbox"/> 就労 [A. 居宅外勤務 B. 自営業 (自宅内・自宅外) C. 農業(出荷有・出荷無) D. 内職] 勤務先名称() <input type="checkbox"/> 病気・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 乳幼児の保育 <input type="checkbox"/> 無職		
母	祖父	氏名	昭・平 ・ (歳)	住所 (同居の場合「同居」と記入)
		<input type="checkbox"/> 就労 [A. 居宅外勤務 B. 自営業 (自宅内・自宅外) C. 農業(出荷有・出荷無) D. 内職] 勤務先名称() <input type="checkbox"/> 病気・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 乳幼児の保育 <input type="checkbox"/> 無職		
母	祖母	氏名	昭・平 ・ (歳)	住所 (同居の場合「同居」と記入)
		<input type="checkbox"/> 就労 [A. 居宅外勤務 B. 自営業 (自宅内・自宅外) C. 農業(出荷有・出荷無) D. 内職] 勤務先名称() <input type="checkbox"/> 病気・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 乳幼児の保育 <input type="checkbox"/> 無職		

⑥ 自宅付近の略図

(家庭訪問時等に使用するため、目印となる学校や商店やご自宅の外観の特徴を明示してください。)



※ 記入上の注意等

この申請書は、保護者が次の点および入所案内に注意して記入のうえ、最上町教育委員会こども支援課に提出してください。

なお、家庭から2人以上の児童が同時に申し込む場合は、それぞれのお子さんごとにこの申請書を提出してください。

- 1 兄弟姉妹が同時に申込みをし、複数の施設を希望する場合は、同一施設を利用できるよう調整いたしますが、施設の受入状況によっては同じ施設が利用できない場合もあります。その際、兄弟が別々の施設でも保育の利用を希望する場合は「可」に○を、同一施設でなければ利用を希望しない場合は「不可」に○をつけてください。(②利用を希望する期間、施設名 の欄)
- 2 保育所等への利用については、下記の場合がありますので、あらかじめご承知ください。
 - ・ 保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
 - ・ 希望者が多数いるため希望する施設を利用できない場合
 - ・ 保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合