

保育所入所申込書兼施設型給付費・地域型保育給付費支給申請書  
(新規・継続)

上板町長 殿

該当に○をしてください

令和 6 年 11 月 19 日

保護者氏名 上板 一郎

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ます。

申請に係る子ども	氏名	生年月日	性別	令和7年4月1日現在	障がい者手帳の有無
	(ふりがな)かみいた さくら 上板 さくら	令和 3年 8月 25日	男・女	3 歳	有・無
保護者住所	現住所: 771-1330 板野郡上板町西分字日吉前20-1				
連絡先	TEL( 000 - 0000 - 0000 ) 日中連絡の取れる電話番号を記入してください				
令和6年1月1日の住所 上記以外の場合は住所を記入してください	父	<input type="checkbox"/> 上記と同じ・ <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外(00県 00郡 00町 )			
	母	<input type="checkbox"/> 上記と同じ・ <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外(00県 00郡 00町 )			
令和7年1月1日の住所 上記以外の場合は住所を記入してください	父	<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ・ <input type="checkbox"/> 上記以外( )			
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ・ <input type="checkbox"/> 上記以外( ) 現住所と違う場合は記入してください マイナンバー申告書を提出してください			

①世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名 (令和6年4月現在の学年)	備考
児童の世帯員	(ふりがな)かみいた いちろう 上板 一郎	父	S 62年 8月 21日	男・女	(株)〇〇会社	
	(ふりがな)かみいた ももこ 上板 桃子	母	H 2年 12月 20日	男・女	(株)〇〇会社	
	(ふりがな)かみいた ほくと 上板 北斗	兄	H 30年 10月 11日	男・女	〇〇小学校1年生	
	(ふりがな)かみいた はるか 上板 遥	姉	R 1年 5月 8日	男・女	〇〇幼稚園年長	
(ふりがな)			年	令和7年4月現在の学年を記入してください。		
(ふりがな)			年 月 日	男・女		
(ふりがな)			年 月 日	男・女		
(ふりがな)			年 月 日	男・女		
(ふりがな)				・女		
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り ( 年 月 日保護開始)				

該当する場所に✓をしてください

②利用を希望する施設・希望期間・希望する利用時間

利用を希望する施設	施設名		利用施設の希望理由
	第1	さくら 保育所(園)	自宅から近いため
	第2	保育所(園)	
希望する期間	令和 7 年 4 月 1 日 ~ 令和 8 年 3 月 31 日		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間帯
	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		8 時 30 分 ~ 16 時 30 分

該当する曜日に✓をしてください

③保育の利用を必要とする理由等

※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下さい。

続柄	必要とする理由		備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他(	
具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など)			
(株) ○○会社 8:00~17:00			
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> DV・虐待 <input type="checkbox"/> その他(		
	具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など)		
	(株) ○○会社 9:00~16:00		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		

具体的に記入をしてください

同意書

上板町が、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村(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。

記名・捺印を忘れず

保護者氏名 上板 一郎

印

町記載欄

受付年月日	令和	町記載欄には記入しないでください	認定区分等
認可の可否			1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
可・否 (否とする利用)			支給(入所)期間
可・否 (否とする理由)			自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日