

支給認定申請書 兼 教育・保育施設入所申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

喬木村長 様

認定者番号

新規

継続

受付印

記入例

次のとおり、施設型給付費
なお、記載事項に変更があ

【新規】今回初めて入所申込をする児童
【継続】令和7年度に既に入所している児童

を申請します。

令和7年11月6日申込

住所	〒395 - 喬木村 アパート名等 電話(自宅 0265 - 33 - 2002) (携帯父 090 - XXXX - XXXX) (携帯母 080 - XXXX - XXXX)	申込書の提出日を記入してください。	地区名
入所児童	ふりがな たかぎ はなこ 氏名 喬木 花子 性別 男・(女) 生年月日 令和4年6月30日生 (3)人きょうだいの(3)人目		年齢 3歳 (R8.4.1現在)
保護者(申請者)	ふりがな たかぎ いちろう 氏名 喬木 一郎	令和7年1 都道府県	R7.1.1以降に転入された場合は記入してください。 R7.1.1時点の住所地で所得課税扶養証明書の取得が必要になります。

①利用を希望する施設・事業所名等

第1希望	たかぎ保育園	第2希望	喬木南保育園	【3歳以上児】小学校入学前まで、を選択してください。 【3歳未満児】最長で「令和9年3月31日まで」となります。
利用を希望する期間	令和8年4月1日から	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校入学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
利用を希望する時間	(平日) 8時00分 ~ 16時00分 (土曜) 時 分 ~ 時 分			
保育認定時間の希望	2・3号 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間	1号 <input type="checkbox"/> 教育標準時間		

②世帯の状況

世帯員氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業(勤務先)または
喬木 一郎	父	M・T・S・H・R 55. 8. 23	男・(女)	
喬木 冬子	母	M・T・S・H・R 56. 12. 7	男・(女)	
喬木 小夏	姉	M・T・S・D・R 20. 8. 20	男・(女)	
喬木 秋人	弟	M・T・S・D・R 27. 10. 15	男・(女)	
喬木 春	祖母	M・T・S・H・R 26. 4. 10	男・(女)	
		M・T・S・H・R .	男・女	
		M・T・S・H・R .	男・女	(電話 -)

【保育施設に入所希望の方】
・2・3号をご選択ください
・標準:最大11時間 短時間:最大8時間
【幼稚園等に入所希望の方】
・1号をご選択ください

支給認定に必要な市町村民税課税状況データ及び世帯情報について閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、保育施設等へ開示することに同意する場合は押印をお願いします。

※同意されない場合は、別途、課税状況を証する書類を提出いただきます。

市町村民税課税状況データ及び世帯情報閲覧について同意します。

喬印木

※身体障害者手帳・療育手帳・障害年金等の交付(給付)を受けている方、児童扶養手当の受給者、特別児童扶養手当の支給対象児については、備考欄に手帳名・番号を記入の上、写しを添付してください。

児童の健康状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 持病がある(傷病名: <input type="checkbox"/> アレルギーがある(<input type="checkbox"/> その他(児童が持病・アレルギーを持っている場合は、必ず内容を記入してください。
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護を受けている(令和 年 月 日 保護開始) <input type="checkbox"/> 母子(父子)世帯である(<input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給している) <input type="checkbox"/> 同居の家族に障がい児(者)がいる(氏名: / 級) <input checked="" type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない

③保育を必要とする理由について

続柄	保育を必要とする理由			
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業中	<input type="checkbox"/> その他
母	<input type="checkbox"/> 就労	<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業中	<input type="checkbox"/> その他

保育の利用理由について、それぞれの項目へ漏れのないように記入してください。「利用のしおり(P4)」を参考に必要な書類をご用意ください。

④保育の利用理由について ※該当する箇所をチェックまたは必要項目を記入してください。

就労	父親の状況	母親の状況
状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労予定
勤務先	○×株式会社	
就労開始日	平成26年4月1日	年 月 日
所在地	下伊那郡喬木村XXX番地	
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト
	<input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> その他()
	雇用主との親族関係が <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	雇用主との親族関係が <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
勤務時間	<input checked="" type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 不規則(週 日)	月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 不規則(週 日)
	8時 30分～17時 00分(1日あたり 7時間30分)	時 分 ～ 時 分(1日あたり 時間 分)
休職中の場合	<input type="checkbox"/> 育休中 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 育休中 <input type="checkbox"/> その他()
	終了日(年 月 日まで)	終了日(年 月 日まで)

妊娠・出産 出産予定 (有 ・ 無)

※出産予定の方は、必ずご記入ください。

母親の状況	
出産予定日	令和 8 年 7 月 30 日
産休後の予定	<input type="checkbox"/> 育休取得 <input checked="" type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 就労予定なし

疾病等	父親の状況	母親の状況
疾病・障がい名		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養
入院等期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
通院日数	週 ・ 月に 日	週 ・ 月に 日

介護・看護	父親の状況	母親の状況
被介護者氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
児童との続柄		
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
被介護者住所		
疾病・障がい名		
要介護等認定	<input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
介護内容	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添
	<input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添	<input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添

その他	父親の状況	母親の状況
災害復旧	<input type="checkbox"/> 震災・風水害・火災その他の災害復旧に従事している	<input type="checkbox"/> 震災・風水害・火災その他の災害復旧に従事している
求職活動	<input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 起業準備中	<input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 起業準備中
その他の事由		

* 施設記載欄(施設・事業者を経由して喬木村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設(事業者)名	
住所	〒
担当者氏名	電話番号
入所契約(内定)の有無	有【令和 年 月 日 契約・内定】 ・ 無