

例

(表面)

保育認定申請書および保育・幼児教育施設利用申込書

(あて先) 甲良町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

また、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民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、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。

申請は、児童1人につき1枚

令和 年 月 日

申請者（保護者）氏名 甲良 一郎

印

児 童	フリガナ	コウラ タロウ	性別	保 護 者	フリガナ	
	氏名	甲良 太郎	☒ 男 ☐ 女		氏名	甲良 一郎
	生年月日	令和 年 月 日	生年月日		昭和58年 3 月 23 日	
	障害者手帳、療育手帳の有無	☐ 有 ☒ 無				

保 護 者	現住所	〒522-0244 甲良町大字在士535-1	
	令和8年1月1日現在の住所	☒ 同上	
	連絡先	自宅 0749 (38) 5070	携帯 ()

認定者番号

※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。

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 ^{※1} において保育の利用を希望（幼稚園等 ^{※2} と併願の場合を含む）
	☐ 無	幼稚園等 ^{※2} の利用を希望（保育所等 ^{※1} と併願の場合を除く）

以降の項目①～③すべて記入してください。

保育所は、有。幼稚園は無を選択。

以降の項目①、②について記入してください（③は記入不要）。

※1 「保育所等」とは、保育所、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。

※2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

1

世帯の状況

家庭の状況

☐ ひとり親家庭 ☒ それ以外

区分	氏名	児童との続柄	申請時の年齢	性別	職業又は学校名等	マイナンバー 個人番号	障がい者手帳の有無
児 童 以 外 の 同 居 人	甲良 一郎	父		男	会社員		☐ 有 ☐ 無
	甲良 花子	母		女	公務員		☐ 有 ☐ 無
	甲良 健太	兄		☒ 男 ☐ 女	小学校2年生		☐ 有 ☐ 無
	甲良 良男	祖父		☒ 男 ☐ 女	自営業		☐ 有 ☐ 無
	甲良 和子	祖母		☐ 男 ☒ 女	パート		☐ 有 ☐ 無
					☐ 女		☐ 有 ☐ 無
生活保護適用の有無		☒ 適用無し・ ☐ 適用有り（平成・令和 年 月 日保護開始）					

◎父または母が児童と同居していない場合、その状況について以下に記入してください。

同居していない者の氏名等 ※死別の場合本欄は記入不要	氏名	（続柄： ☐ 父 ☐ 母）		住所
同居していない理由	☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ 単身赴任 ☐ 調停中 ☐ 未婚 ☐ その他（ ）	左記理由となつた年月日	平成・令和 年 月 日	

※裏面も漏れなく記入してください。

②

(裏面)

利用を希望する施設（事業者）名、利用を希望する期間

利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名		希望理由	(事業所番号) ※町処理欄、記入不要
	第1希望	〇〇こども園	自宅から近い	
	第2希望	□□こども園	自宅から2番目に近い	
利用を 希望する期間	令和 9年 4月 1日 から 令和 10年 3月 31日まで			

③

保育の利用を必要とする理由等

※保育所等※¹⁾において保育の利用を希望する場合のみ以下の項目に記入してください。

保育の 利用を 必要と する 理由	児童と の続柄	必要とする理由	具体的な状況等 (勤務先、就労時間・日数や疾病等の状況等)
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他()	
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他()	

保育の 利用を 必要と する 時間等	保育の必要量	
	☐ 保育標準時間	施設利用可能時間は11時間です。保育を必要とする事由が保護者の就労の場合、月120時間以上で認定されます。
	☐ 保育短時間	施設利用可能時間は8時間です。保育を必要とする事由が保護者の就労の場合、月64時間以上、月120時間未満で認定されます。

承 諾 書

私は、次の①から⑤までの内容について承諾します。

- ① 保育認定、利用審査及び利用者負担額の算定に必要な私、配偶者その他世帯員の個人情報を利用すること。
 ② ①の個人情報について、必要に応じて他市町及び保育所等、関係機関に調査または提供すること。
 ③ 保育に必要な申請児童の健診および予防接種、相談等の情報について関係機関に調査または提供すること。
 ④ 認定申請に当たって、4月入所の場合は認定事務およ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、認定書の送付が2月頃になることを同意します。
 ⑤ ②③について、関係機関に調査した場合、関係機関は甲良町教育委員会に情報提供することを同意します。

甲良町長 様

令和 年 月 日

 申請児童の
 保護者氏名 甲 良 一郎 (印)

-----【記入はここまで】-----

※町記載欄

保育に必要な個人情報を扱うため署名、押印を。

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
☐ 可(令和 年 月 日認定) ☐ 否(理由)		☐ 1号 ☐ 2号(☐ 標準 ☐ 短) ☐ 3号(☐ 標準 ☐ 短)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
☐ 可 [☐ 施設型 ☐ 特例施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例地域型] ☐ 否	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
※類型 ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型(☐ 小 ☐ 事 ☐ 家 ☐ 居)		
備 考		

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	☐ 有(☐ 契約 ☐ 内定(令和 年 月 日契約(内定)) ☐ 無
備 考	

