

幼稚園部（記入見本）

支給認定申請書兼入所申込書兼現況届

該当する方を○で囲んでください

新入園	在園児
クラス年齢	3歳児

R8. 4. 1現在の年齢を記入

7年〇〇月〇〇日

岐阜県安八郡神戸町長 殿

保護者氏名 神戸 一郎

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな) 神戸 ばら菜	令和 4年 5月10日 1234-5678-9123	女	有・無
保護者住所・連絡先	(住所) 神戸町大字神戸2222番地 (連絡先) (0584) 27-1234			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無(※)	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)			
	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、幼稚園の保育、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。(以下略)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園の幼稚園部、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

マイナンバーの記入が必要です。

①世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
子どもの世帯員	(ふりがな) 神戸 一郎 2345-6789-1234	父	S60年6月15日	男	公務員	有・無	
	(ふりがな) 神戸 桃子 3456-7891-2345	母	S62年12月3日	女	主婦	有・無	
	(ふりがな) 神戸 大輔 4567-8912-3456	兄	H27年9月10日	男	神戸小5年生	有・無	
	(ふりがな) 神戸 大吉 5678-9123-4567	祖父	S32年7月17日	男	ローズ工務店	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日			有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り(平成)					

入園を希望される期間を記入してください。
入園案内P. 3を参照

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	令和 8年 4月 1日から 令和 11年 3月31日まで	
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*
	第1希望 神戸幼稚園 (理由) <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだい入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他()	
	第2希望 (理由) <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> きょうだい入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他()	

記入不要

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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
保育の利用を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先・就労時間・日数や疾病の状況など))		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 (具体的な状況(勤務先・就労時間・日数や疾病の状況など))		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から 曜日まで		時から 時まで	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付・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。

保護者氏名 神戸 一郎

⑤支給認定証の交付について ☒希望する ・ ☐希望しない

希望するに○をつけてください

*市町村記載欄

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
<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
令和 年 月 日認定		
支給の可否	支給(利用)期間	
<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否 (否とする理由)	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
[<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]		
利用施設(事業者)名		
[<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型) (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)]		
備考		

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(事業所番号)
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
利用契約(内定)の有無	有 (契約・内定 (令和 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	