

支給認定申請書兼利用者申込書

参考記入例(保育所)

令和 年 月 日

柴田町長

保護者氏名 柴田 太郎 柴田印

支給認定を受けたいので、子ども・子育て支援法第20条第1項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

別紙「記入上の注意」をよくお読みの上記入して下さい。

Main application form with fields for applicant name (柴田 一太郎), birth date, age (1歳), sex (男), and residence (柴田町船岡中央2丁目3-45).

- ※1 「有」を○で囲んだ場合は、次の①～④に、必要事項を記入してください。
※2 「無」を○で囲んだ場合は、次の①～③に必要事項を記入してください。
※3 「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(以下同じ)。

① 情報の閲覧等に関する同意の署名

Declaration box for information access consent, signed by 柴田 太郎.

② 世帯の状況 (対象となる子ども以外で、保護者及び同居している人全員について記入してください。)

Family member table listing 柴田 太郎 (father), 柴田 花子 (mother), 柴田 はなみ (sister), 柴田 町男 (grandfather), and 柴田 はなえ (grandmother) with their birth dates and ages.

裏面も記入願います。

③利用を希望する期間及び希望する施設（事業者）名等

利用を希望する期間	R 7 年 4 月 1 日 から		<input checked="" type="checkbox"/> R9 年 3 月 31 日 まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで
利用を希望する施設（事業者）名		施設（事業者）名	希望する理由 事業所番号 （町記載欄）
	第 1 希望	○小規模園	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	第 2 希望	××保育所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> その他（ ）
	第 3 希望	△小規模園	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> その他（ ）
第 4 希望	□□保育所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

希望施設が保育所の際は「小学校就学前まで」、小規模保育施設の場合は2歳児クラス終了年月日※を記入ください。  
※3歳のお誕生日から初めての3/31

④保育の利用を必要とする事由等（※1「有」を○で囲んだ方は記入してください。）

保育の利用を必要とする事由	続柄	必要とする事由	備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <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（ ）	
	母	<input checked="" 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（ ）	
		<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（ ）	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外		
必要とする利用時間	必要とする曜日（○をつけてください。）	必要とする時間	
	月 火 水 木 金 土	7 時 30 分 から 18 時 00 分 まで	

必ず保育の必要な曜日に○をつけてください。

○柴田町記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否	<input type="checkbox"/> 可	年 月 日 認定	認定証番号
	<input type="checkbox"/> 否 (理由)		認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 ) <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 )
入所施設（事業者）の可否	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否 (否とする理由)		入所施設（利用）期間
	〔 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 地域型 ( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事 )〕 入所施設（事業者）名		自： 年 月 日 至： 年 月 日

○入所施設（事業者）記載欄（入所施設（事業者）を経由して柴田町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日	
施設（事業者）		事業者番号
担当者氏名・連絡先	担当者	連絡先
入所契約（内定）の有無	<input type="checkbox"/> 有 → (契約・内定 ( 年 月 日 ) ) <input type="checkbox"/> 無	
備考		