様式第１号（第３条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等・施設等利用給付費　　２０　　年　　月　　日

支給認定申請書兼入所・入園申込書

本宮市長
本宮市教育委員会

保護者氏名	（姓）	（名）
保護者住所	〒　　－ 本宮市	
連絡先（携帯①）		□父 □母 □祖父 □祖母
連絡先（携帯②）		□父 □母 □祖父 □祖母
自宅電話番号		

次のとおり施設型給付費、地域型保育給付費等・施設等利用給付費に係る支給認定の申請及び保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育施設への入所、入園の申込みをします。なお、施設入所入園に必要な市保有の情報の利用及び閲覧、また本申請内容が入所入園される施設に通知されることに同意します。

① 申請及び施設利用を希望する児童

申請及び入所・入園希望児童	氏名		生年月日	性別	障害者手帳
	カナ 漢字		西暦 20　年　月　日生	□男 □女	□有 □無
個人番号（マイナンバー）			兄弟姉妹の順番	＿人きょうだいの＿番目	

入所・入園希望施設及び希望理由 入所・入園を希望する施設番号及び希望理由を記入してください。	【幼稚園】 ０１．五百川幼保総合施設 ０２．岩根幼稚園 ０３．糠沢幼稚園 ０４．和田幼稚園 ０５．白岩幼稚園 ０６．本宮幼稚園	【保育所】 １１．みずいろ保育所 １２．たかぎ保育所 １３．まゆみ保育所 １４．五百川幼保総合施設 １５．白沢保育所 １６．もとみや幼児の家保育園 １７．光明保育園 １８．どんぐり保育園 １９．その他（　　） ２０．その他（　　） ２１．その他（　　）
	第１希望	（希望理由）
	第２希望	（希望理由）
	第３希望	（希望理由）
健康状況	□良好　・　□病気等/□障がい（病名等：　　） ※手帳がある場合は、コピーを添付してください。	
ｱﾚﾙｷﾞｰの有無	□不明　・　□なし　・　□あり　（種類：　　）	
薬服用の有無	□なし　・　□あり（薬名：　　服用時間：□朝・□昼・□夕・□就寝前）	
連絡事項	（入所入園にあたり事前連絡しておきたいこと等）	

② 利用を希望する児童の世帯状況（申請児童を除き、父母及び同居している全ての方を記入ください。）

氏名	続柄	生年月日（西暦）	年齢	個人番号（マイナンバー）	勤務先・学校名
カナ	父	年　月　日			
カナ	母	年　月　日			
カナ		年　月　日			
カナ		年　月　日			
カナ		年　月　日			
カナ		年　月　日			
カナ		年　月　日			
カナ		年　月　日			

2025年1月1日 現在の住所	□本宮市への転入（予定）有　※転入（予定）の場合、2025年1月1日現在の住所を記入願います。 〒　　－

	状　況	該当・適用の有無（該当の場合のみチェック）
世帯の状況	生活保護	□適用あり（　　年　　月　　日保護開始）
	ひとり親世帯	□該当
	同居者の障害者手帳、療育手帳所有	□該当（続柄：　　氏名：　　） ※手帳のコピーを添付してください

③ 保育の利用を必要とする理由等

保育利用希望の有無	□ 保育所の利用を下記理由により希望する。	□ 幼稚園の利用を希望する。
	父	□就労　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学　□虐待・DV □育児休業　□その他（　　） □疾病・障害 ※障害の場合、該当する級（保有手帳等）にチェック願います。 身体障害：□１級　□２級　□３級　□４級以下 精神：□１級　□２級　□３級　　療育手帳：□A　□B
	母	□就労　□妊娠･出産　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学　□虐待・DV □育児休業　□その他（　　） □疾病・障害 ※障害の場合、該当する級（保有手帳等）にチェック願います。 身体障害：□１級　□２級　□３級　□４級以下 精神：□１級　□２級　□３級　　療育手帳：□A　□B
利用希望期間	□ 幼稚園を希望の場合	年　月　日 から　　年　月　日まで
	預かり保育希望　□有　・　□無	
	□ 保育所を希望の場合	年　月　日 から　　年　月　日まで
	土曜保育希望　□有　・　□無　／　延長保育希望　□有　・　□無	
保育利用希望時間	□月・□火・□水・□木・□金・□土 ／　　時　分 から　　時　分まで ※該当する曜日にチェック、幼稚園希望の場合は記載不要	

④ 税情報等の提供についての同意

市が施設型給付費・地域型保育給付費・施設等利用給付費の支給認定に必要な世帯員の市町村民税に関する情報及び世帯情報を閲覧及び利用（取得）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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下は記入しないでください。

【本申請書の提出者】

氏名	児童との続柄（　　）	番号確認	□個人番号カード □通知カード	本人確認	□免許証 □保険証 □母子手帳 □医療受給者証 □パスポート□その他（　　）

【施設（事業者）記載欄】

受付年月日	年　月　日	備考	
施設名	（事業所番号：　　）		
担当者／連絡先	担当者氏名：　　連絡先：		
入園契約の有無	□有（　　年　　月　　日から入園予定）　・　□無		

【市記入欄】

受付年月日		年　月　日	備考	
認定	可否	□否（理由：　　） □可（　　年　　月　　日認定）	認定区分	□１号 □２号（□標・□短） □３号（□標・□短） □新２号
	番号			
支給（入所）	可否	□否（理由：　　） □可（　　年　　月　　日認定） ［□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型　□施設等利用］	備考	
	利用期間	自：　　年　月　日 至：　　年　月　日		