

※大村市記入欄

受付日: 令和	年	月	日
---------	---	---	---

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 (兼保育所等利用申込書)

大村市長 様

- 以下の項目に承諾した上で、施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書を提出します。
- 大村市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定のために必要な市町村民税に関する情報 (世帯員、同居人及び生計を一にする者を含む) を閲覧、照会及び調査する (マイナンバーを用いた情報連携することを含む) ことに同意します。
 - この申請書に記載されている事項の中で、運営上必要と認められる情報 (申請児童の健康状況を含む) 及びこれらの情報に基づき決定した認定区分並びに利用者負担額等を特定教育・保育施設等に対して提供することに同意します。
 - 虚偽の記載をした場合や必要書類を提出しない場合は、保育の利用を取り消され (退所 (園) させられ) ても異議は申し立てません。

※大村市記入欄

※大村市記入欄

※大村市記入欄

住民CD		世帯CD		市町村民税所得割額 (均等割・税額控除除く)	円
------	--	------	--	------------------------	---

① 申請する 児童	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	年齢 (4月1日時点)	□障がい等
	()	令和 年 月 日	男・女	歳	□身体 □精神 □療育 級
② 保護者 ※主に連絡 のやりとり ができる方 を記載して ください。	氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	連絡先 (携帯番号)	□障がい等
	()	令・平・昭 年 月 日		— —	□身体 □精神 □療育 級
	住所	市 町 番地等		□ひとり親家庭 (離婚・未婚・死別) □生活保護 (開始日: 年 月 日)	
③ ②以外の 保護者	氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	連絡先 (携帯番号)	□障がい等
	()	令・平・昭 年 月 日		— —	□身体 □精神 □療育 級
※別居の場合に記載 住所		□単身赴任 □その他 ()			

1月1日の住民票	(父) □大村市 □市外	都・道 府・県	市・区 町・村	(母) □大村市 □市外	都・道 府・県	市・区 町・村
----------	--------------	---------	---------	--------------	---------	---------

④ 世帯の 状況 (祖父母、 同居人等 を含む)	未就学児 _____人	きょうだいの 在園児 □有	きょうだい児の同時申請 □有 ※⑧も記入してください。 □無	同居の 祖父母 □有 □無	同居する65歳 未満の祖父母 の就労 □有 □無	
	(フリガナ) 氏名	申請児童 との続柄	生年月日	勤務先(職業)、学校、保育施設等の 名称 ※ (入所希望日時点)	障がい の有無	
	※申請する 児童及び保護者 を除く	()		令・平・昭 年 月 日		□有 □無
		()		令・平・昭 年 月 日		□有 □無
		()		令・平・昭 年 月 日		□有 □無
		()		令・平・昭 年 月 日		□有 □無

⑤ 保育利用 の理由	父	□就労 □求職活動 □就学・職業訓練 □育児休業 ※□介護・看護 □災害復旧 □疾病 □児童虐待・DV □その他 ()
	母	□就労 □妊娠・出産 □育児休業 □求職活動 □就学・職業訓練 ※□介護・看護 □疾病 □災害復旧 □児童虐待・DV □その他 ()

出産予定日または 育休復帰の予定日	□出産予定日 (年 月 日) □育休復帰予定日 (年 月 日)	※大村市記入欄 □多胎児
----------------------	--------------------------------------	-----------------

⑥現在の保育の状況

<input type="checkbox"/> 父または母が保育	<input type="checkbox"/> 祖父または祖母が保育	<input type="checkbox"/> 一時預かり	<input type="checkbox"/> 保育施設等
<input type="checkbox"/> その他 ()			

⑦希望施設

<新規申請または転園申請>

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 転園
(在園施設名 : (1・2・3号) 自治体名 :)	
→ 転園できない場合、在園施設の継続を(<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)	

<希望施設名>

※ AI-OCR で読み取るため、文字が不明瞭な場合等、AI-OCR が認識できないときは当市職員が補正する場合があります。

市内希望施設 (希望順) ※別紙の教育・保育施設一覧表を参照いただき、希望順に記入してください。	第1希望施設名	
	第2希望施設名	
	第3希望施設名	
	第4希望施設名	
	第5希望施設名	
市外希望施設 (希望順) ※自治体名も記入してください。	第1希望施設名	(自治体名 :)
	第2希望施設名	(自治体名 :)
	第3希望施設名	(自治体名 :)

⑧きょうだい児の同時申請について

きょうだい児の同時利用について	1	きょうだいと同時に同じ保育所等を利用できる場合のみ、利用を希望しますか？ <input type="checkbox"/> はい →質問終了 <input type="checkbox"/> いいえ →2・3へ進む
	2	希望する選択肢に☑をいれてください。(いずれかひとつに☑) <input type="checkbox"/> きょうだいのうち、ひとりだけ内定した場合でも利用を希望する(どの子が先でもよい) <input type="checkbox"/> きょうだいのうち、児童名：_____が先に内定した場合のみ利用を希望する <input type="checkbox"/> きょうだいひとりだけや一部の子ども利用の場合には、利用を希望しない
	3	希望する選択肢に☑をいれてください。(いずれかひとつに☑) <input type="checkbox"/> 同じ保育所等の利用のみ希望する(同園のみ) <input type="checkbox"/> 希望順位が低くても、同じ保育所等の利用を優先してほしい(同園優先) <input type="checkbox"/> きょうだいそれぞれでも、それぞれの児童の希望順位の高い保育所等の利用を優先してほしい(順位優先)
希望保育所等に入所できずに、保留(待機)児童となった場合について	<input type="checkbox"/> ほかに空きがある保育所等へ入所を希望する。 <input type="checkbox"/> ほかに空きがある保育所等へ入所を希望しない。 <input type="checkbox"/> 保育所等利用申込みを取り下げる。 <input type="checkbox"/> その他 []	

⑨施設等の利用希望期間及び利用希望時間

※保育利用の理由が、「求職活動」または「育児休業」の場合は、保育短時間になります。

年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 卒園まで	年 月 日まで
※ <input type="checkbox"/> 保育短時間 (市内施設 8:30~16:30)		<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (市内公立施設 7:30~18:30) (市内私立施設 7:00~18:00)

※大村市記入欄

住民 C D	
-----------	--

※大村市記入欄

世帯 C D	
-----------	--

⑩申請児童の健康状況について

※ご記入いただいた内容によっては診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。

※健康状況について日常的な配慮が必要な場合、事前に保育施設の見学・相談を行い、当該施設の受入状況が整っていることを確認したうえで、本申請書を提出してください。保育施設への事前相談等を行わずに入所が内定した場合、保育施設側の保育士及び看護師の配置状況が整っていない等の理由により入所内定を取り消す場合があります。

言葉や発達で気になる点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
エピペン処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
児童の健康状態や日常生活について、気になることがあれば記入してください。 (例) けいれんの有無。 療育を受けている。 通所受給者証を持っている等。		
医療的ケアが必要	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]

※ 介護・看護（保育理由が介護・看護の場合に記載してください）

介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> ①身体・精神1・2級、療育A1・A2を所持、要介護認定3～5の親族を介護 <input type="checkbox"/> ②身体・精神3・4級、療育B1・B2を所持、要介護認定1～2の親族を介護 <input type="checkbox"/> ③上記以外又は通院・通所の付添い <input type="checkbox"/> ④入院・入所中同居親族の看護 <input type="checkbox"/> ⑤本人がデイサービス、訪問看護を週3日以上利用 <input type="checkbox"/> ⑥本人がデイサービス、訪問看護を週3日未満利用
----------	--

※ 大村市記入欄

希望施設に きょうだい児が 在園中の場合	<input type="checkbox"/> 新2号認定の児童で、在園する児童のきょうだい児が同一法人の施設を希望 <input type="checkbox"/> きょうだい児が系列施設に在園中で、申請する児童も当該系列施設を希望
----------------------------	---

※ 大村市記入欄

<input type="checkbox"/> 地域型保育事業所の卒園児が、自己都合で連携施設以外の施設へ転園を希望

※大村市記入欄

受付日: 令和 年 月 日

記載例

受付印

施設型保育給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 (兼保育所等利用申込書)

■大村市記入欄には記入しないでください。

施設型保育給付費等支給認定申請書を提出します。支給認定のために必要な市町村民税に関する情報(世帯員、同居人及び生計を一にするメンバー)を用いた情報連携することを含むことに同意します。

- この申請書に記載されている事項の中で、運営上必要と認められる情報(申請児童の健康診断結果、児童虐待相談記録等)を特定教育・保育施設等に対して提供することに同意します。
○ 虚偽の記載をした場合や必要書類を提出しない場合は、保育の利用を取り消され(退所)

■令和7年4月1日時点での年齢をご記入ください。

※大村市記入欄

※大村市記入欄

住民CD 世帯CD 市町村(均等割額控除除く) 円

Table with 6 columns: ①申請する児童, ②保護者, ③同居の親, 氏名(フリガナ), 生年月日, 性別, 年齢(4月1日時点), 障がい等. Includes entries for 大村 未来, 大村 花子, and 大村 一郎.

■令和6年1月1日時点で住民票の所在をご記入ください。

住所 大村市 〇〇町 〇〇番地等. 1月1日の住民票 (母) 大村市 〇〇市外

Table for ④世帯の状況 (祖父母、同居人等を含む). Includes columns for 未就学児, きょうだいの在園児, きょうだい児の同時申請, 同居の祖父母, 同居する65歳未満の祖父母の就労, and a list of family members with their names and birth dates.

■別世帯でも、同居している方は全員をご記入ください。
■里帰りする場合は、里帰り先の同居人をご記入ください。

⑤保育利用の理由. 父: 〇疾病 〇児童虐待・DV 〇その他. 母: 〇就労 〇妊娠・出産 〇育児休業 〇求職活動 〇就学・職業訓練 ※〇介護・看護 〇疾病 〇災害復旧 〇児童虐待・DV 〇その他

出産予定日または育休復帰の予定日. 〇出産予定日 (令和6年4月15日) ※大村市記入欄 〇多胎児 〇育休復帰予定日 (年 月 日)

※大村市記入欄

住民 CD	
----------	--

※大村市記入欄

世帯 CD	
----------	--

記載例

⑩申請児童の健康状況について

※ご記入いただいた内容によっては診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。

※健康状況について日常的な配慮が必要な場合、事前に保育施設の見学・相談を行い、当該施設の受入状況が整っていることを確認したうえで、本申請書を提出してください。保育施設への事前相談等を行わずに入所が内定した場合、保育施設側の保育士及び看護師の配置状況が整っていない等の理由により入所内定を取り消す場合があります。

言葉や発達で気になる点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
エピペン処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
児童の健康状態や日常生活について、気になることがあれば記入してください。 (例) けいれんの有無。 療育を受けている。 通所受給者証を持っている等。		
医療的ケアが必要	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]

※ 介護・看護（保育理由が介護・看護の場合に記載してください）

介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> ①身体・精神1・2級、療育A1・A2を所持、要介護認定3～5の親族を介護 <input type="checkbox"/> ②身体・精神3・4級、療育B1・B2を所持、要介護認定1～2の親族を介護 <input type="checkbox"/> ③上記以外又は通院・通所の付添い <input type="checkbox"/> ④入院・入所中同居親族の看護 <input type="checkbox"/> ⑤本人がデイサービス、訪問看護を週3日以上利用 <input type="checkbox"/> ⑥本人がデイサービス、訪問看護を週3日未満利用
----------	--

※ 大村市記入欄

希望施設に きょうだい児が 在園中の場合	<input type="checkbox"/> 新2号認定の児童で、在園する児童のきょうだい児が同一法人の施設を希望 <input type="checkbox"/> きょうだい児が系列施設に在園中で、申請する児童も当該系列施設を希望
----------------------------	---

※ 大村市記入欄

<input type="checkbox"/> 地域型保育事業所の卒園児が、自己都合で連携施設以外の施設へ転園を希望
