

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

申請日:令和〇年〇月〇日

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の特徴(但書記載欄に付して提供する旨に同意します)。
- 虚偽の記載を

① 申請する児童	■住所は現時点の住所をお書きください。 ■今後大村市に転入する場合は、「その他」に転入先住所をお書きください。				令和8年4月1日時点 1歳 障がい等 □身体 □精神 □療育 級	
	氏名(フリガナ) 大村 花子	生年月日 令・平・昭 ○年○月○日	続柄 母	連絡先(携帯番号) 000-0000-0000		
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。	住所(〒〇〇〇 - 〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地				建物名	
	氏名(フリガナ) 大村 太郎	生年月日 令・平・昭 ○年○月○日	続柄 父	連絡先(携帯番号) 000-0000-0000	障がい等 □身体 □精神 □療育 級	
	※別居の場合に記載 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他(〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地)					
	令和7年1月1日の住民票	(父) <input checked="" type="checkbox"/> 大村市 <input type="checkbox"/> 市外	都・道府・県	(母) <input checked="" type="checkbox"/> 大村市 <input type="checkbox"/> 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)	小学生未満 1人	<input type="checkbox"/> きょうだいの在園児有		<input type="checkbox"/> きょうだい児の同時申請有		
		<input type="checkbox"/> 同居の祖父母有		<input type="checkbox"/> 同居する65歳未満の祖父母が保育を必要とする理由がない		
	(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	(オオムラ イチロウ) 大村 一郎	祖父	令・平・昭 年 月 日	〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 有
		(オオムラ ウメコ) 大村 梅子	祖母	令・平・昭 年 月 日	〇〇保育園	<input type="checkbox"/> 有
		()		令・平・昭 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		()	■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。			
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(離婚・未婚・死別) <input type="checkbox"/> 生活保護(開始: 年 月 日)				

⑤施設等の利用希望期間及び利用希望時間

受付印

令和8年 4月 1日から	<input type="checkbox"/> 卒園まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで
□保育短時間 (市内施設 8:30~16:30)	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間 (市内公立 7:30~18:30) (市内私立 7:00~18:00)

No

記入例

⑥ 保育利用 の理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> その他 ()
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> その他 ()
出産予定日または 育休復帰の予定日		<input type="checkbox"/> 出産予定日 (年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 育休復帰予定日 (令和 7 年 4 月 15 日)

⑦現在の保育の状況

- 家庭保育 一時預かり その他 ()
 保育施設等 在園施設名 : (1・2・3 号) 自治体名 :

⑧希望施設

新規 転園

希望施設名 (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。 ※市外施設を希望する場合は自治体名も記入してください。	第 1 希望 施設名	○○保育園 (自治体名 :)
	第 2 希望 施設名	○○保育園 (自治体名 :)
	第 3 希望 施設名	○○保育園 (自治体名 :)
	第 4 希望 施設名	○○保育園 (自治体名 :)
	第 5 希望 施設名	○○保育園 (自治体名 :)
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 checked="" 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する。	
	<input type="checkbox"/> 保育所等利用申込みを終えています。	
	<input type="checkbox"/> 現在の保育施設を継続する	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

⑨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	きょうだいが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 checked="" 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 checked="" 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、第 子目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の利用の場合には、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 checked="" 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"/> きょうだいが別々でも、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)

No

記入例

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 checked="" type="checkbox"/> 有	
食物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	卵アレルギー
エピペン処方の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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。	<p>■普段の生活で気になることをお書きください。入所後の面談で利用します。</p>
医療的ケアが必要 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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"/> 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"/> 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 <p>■大村市記入欄には何も書かないようにお願いします。</p> <input type="checkbox"/> 本人サービス、訪問看護を週3日未満利用
----------	---

大村市記入欄

入所要件	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV		
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
父	月 時間／週 日	母	月 時間／週 日
<input type="checkbox"/> きょうだい児が系列施設在園中		<input type="checkbox"/> 新2号きょうだい児	
<input type="checkbox"/> 保育士経験		<input type="checkbox"/> 多胎児 <input type="checkbox"/> 地域卒園児	

No