

《記入例》

(表面)

提出日を記入 吉田幼稚園入園申込書 (施設型給付費等支給認定申請書)
 平成 30 年 1 月 9 日 (保護者氏名) 安芸 高田
 安芸高田市長 殿 押印 安芸

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名 安芸 太郎	生年月日 平成 24 年 12 月 12 日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 · <input type="radio"/> 女	障害者手帳 の有無 有 · <input checked="" type="radio"/> 無
保護者 住所・連絡先	(住所) 安芸高田市 吉田町吉田 1111 番地 (連絡先) 0826-00-0000			
認定証番号	※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 (※)	有 : 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 (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、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)
 - 「幼稚園等」とは、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に必要な事項を記入して下さい。

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 障害者手帳等
子どもの 世帯員	安芸 高田	父	S 55 年 4 月 5 日	<input checked="" type="radio"/> 男 · <input type="radio"/> 女	(株)〇〇産業	<input checked="" type="radio"/> 有 · <input type="radio"/> 無	
	安芸 陽子	母	S 55 年 5 月 4 日	男 · <input checked="" type="radio"/> 女	(有)〇〇スーパー	<input checked="" type="radio"/> 有 · <input type="radio"/> 無	
	安芸 花子	姉	H 23 年 7 月 7 日	男 · <input checked="" type="radio"/> 女	安芸小学校〇年生	<input checked="" type="radio"/> 有 · <input type="radio"/> 無	
				男 · 女	平成 30 年 4 月 1 日時点		
		同居の家族全員を記入		男 · 女		有 · 無	
				男 · 女		有 · 無	
			男 · 女		有 · 無		
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 適用無し 適用有り (保護開始)					

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	平成 30 年 4 月 1 日 から 平成 32 年 3 月 31 日 ・ 就学前 まで	
利用を希望する 施設 (事業者) 名	施設 (事業者) 名・希望理由	事業所番号*
	第 1 希望 吉田幼稚園 (理由)	
	第 2 希望 (理由)	
	第 3 希望 (理由)	
	第 4 希望 (理由)	
	第 5 希望 (理由)	

- 「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。
 *裏面も漏れなく記入してください。

(裏面)

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"/> 就学 (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
家庭の状況	□ひとり親家庭 ・ □左記以外	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	

記載の必要はありません

④税情報等の提供に当たったの署名欄

市町村が施設型給付費・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 安芸 高田

捺印

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 (□有 ・ 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

※市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日	認定可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)	年 月 日 認定			□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
可・否 (否とする理由)	支給の可否			支給 (利用) 期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 利用施設 (事業者) 名				
<input type="checkbox"/> 認定子ども園 (□連 □幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 □保育所 □地域型 (□小 □家 □居 □事)				
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	平成 年 月 日
施設 (事業者) 名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約 (内定) の有無	有 (契約・内定 (年 月 日 契約 (内定)) ・ 無
備考	

記載の必要はありません