

保育所・幼稚園 入園申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書)

(あて先) 中之条町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等（保育所・幼稚園の入園）に係る支給認定を申請します。
 また、中之条町が施設型給付費・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し、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。

年 月 日 申請者（保護者）氏名 印

入所・入園を希望する児童	氏 名		生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女	有・無
保護者住所 連絡先	現 住 所	〒 ー			
	入所当年 年 1月1日現在の住所	〒 ー			
	入所前年 年 1月1日現在の住所	〒 ー			
	電 話 番 号	自宅 ()		携帯 ()	
認定番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
保育の希望の有無	有（保育所等希望）		保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所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（幼稚園希望）		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、事業所内保育を言います。（以下同じ）
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）を言います。

1 世帯の状況（本人以外）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	当年度町民税課税の有無	前年度町民税課税の有無	備考
児童の世帯員	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無	
生活保護適用の有無		適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)						
同居の障害者の有無		無 ・ 有 (氏名) [身障 ・ 精神] 手帳 級 [療育] 区分						
家庭の状況		ひとり親家庭 ・ その他						

2 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 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 ※町処理欄、記入不要
	第1希望				
	第2希望				
保育を希望する曜日・時間	曜日～ 曜日	標準時間（11時間 7:30～18:30）		短時間（8時間 8:30～16:30）	

