

令和8年度 施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書
(入所申込書 兼 保育児童台帳)

記入例

大木町長 様
次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

大木町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付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保育料について、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。
また、4月入所の場合は認定事務が集中するため、審査結果(認定証交付)が令和8年2月上旬以降となることに承諾します。

令和 7 年 11 月 11 日 保護者氏名 **大木 花子**

希望する認定区分	<input type="checkbox"/> 1号(教育・3歳以上児) 併願の場合 <input type="checkbox"/> 1号優先 <input type="checkbox"/> 2号優先	<input type="checkbox"/> 2号(保育・3歳以上児) <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	<input checked="" type="checkbox"/> 3号(保育・3歳未満児) <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間				
ふりがな	おおき いちご		生年月日	性別	保護者との続柄	手帳の有無	障害 級・療育A・B
児童氏名	大木 苺		令和7年6月30日 (R8.4.1時点0歳)	男 <input checked="" type="radio"/> 女	子	特別児童扶養手当	<input checked="" type="checkbox"/> 未受給・受給
現住所	大木町大字〇〇〇					障がいや病状	
現住所が町外の場合 転入後の住所						食物アレルギー	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (牛乳)
支給認定番号(認定済の場合)						電話番号	
現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> () 幼稚園 <input type="checkbox"/> () 保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 ()					父	090-0000-0
	<input type="checkbox"/> 小規模保育 <input type="checkbox"/> 事業所内保育 <input type="checkbox"/> 届出保育施設 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭等					母	080-0000-0
						その他()	

アレルギーがわかる診断書の提出が必要です。

① 入所を希望する施設名、及び期間等(新規で保育認定を希望の方は必ず第3希望まで記入してください。)

入所希望施設名	第1希望	〇〇〇保育園	第3希望	〇〇〇保育園
	第2希望	〇〇〇幼稚園		
兄弟姉妹の入園	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇〇保育園)			
希望する期間	令和 8 年 6 月 15 日 から 令和 9 年 3 月 31 日 まで			
希望する時間	8 時 30 分 (登園) から 17 時 30 分 (お迎え) まで			

慣らし保育の期間も含めて記入してください。(最大約2週間前)

② 世帯の状況(申請児童以外全ての同一世帯員を記入ください。)

氏名	児童との続柄	生年月日	性別	年齢 R8.4.1時点	勤務先・就学先等 児童は学校名等	備考
大木 菱太郎	父	H2・6・11	男	35 歳	(株)△△△△	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
大木 花子	母	H5・8・12	女	32 歳	〇〇〇商店	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
大木 麦助	兄	R2・4・10	男	5 歳	〇〇〇保育園	
大木 一郎	祖父	S33・1・23	男	68 歳		
生活保護の受給	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		ひとり親家庭の該当		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当	
同居する障がい者等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(氏名:)		手帳の種類:)			

同居している人を全て記入してください。

該当するものがあれば 保育料等の減免の対象になります。

③ 保育の利用を必要とする理由等(1号認定を希望される方は記入不要です。)

父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input checked="" type="checkbox"/> その他(単身赴任中)
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他()
育児休業の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (令和 8 年 7 月 1 日復帰予定) 有の場合→ <input type="checkbox"/> 直ちに復職希望 <input checked="" type="checkbox"/> 希望する保育所等に入所できない場合、育児休業の延長も許容できる