

様式第1号(第2条関係)

広陵町施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定(現況)申請書兼入所(入園)申込書

広陵町長 殿

年 月 日

保護者住所 広陵町
保護者(代表)氏名
自宅・携帯電話()
自宅・携帯電話()

次のとおり、広陵町施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定(現況)申請及び保育所等への入所(入園)申込みをします。

申請(申込み)に係る小学校就学前子ども(児童)	氏 名	生 年 月 日	性 別	個人番号
	フリガナ	令和 年 月 日	男・女	
保育の希望の有無(※)	有 : 保育所等において保育の利用を希望する場合		無 : 幼稚園等の利用を希望する場合	

- ※
- ・「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。

世帯の状況 (上記小学校就学前子ども(児童)を除く。)

区分	氏 名	当該子ども(児童)との続柄	生 年 月 日	職業又は学校名等	備考
保護者	フリガナ		年 月 日	個人番号	
	フリガナ		年 月 日	個人番号	
他世帯員			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
生活保護の適用の有無		無・有(年 月 日保護開始)			
ひとり親世帯 障がい児(者)のいる世帯		☐ 非該当 ☐ 該 当(・ひとり親家庭・障がい児(者)のいる世帯:氏名)			
前年1月1日現在の住所		☐ 広陵町内 ☐ ()			
本年1月1日現在の住所		☐ 広陵町内 ☐ ()			

申請(申込み)に係る小学校就学前子ども(児童)について

当該子ども(児童)の健康状態等	☐ 心身障がい等の手帳の有無について ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者手帳
	☐ 定期健診は受けましたか。 ☐ 4か月健診 ☐ 1歳6か月健診 ☐ 3歳6か月健診
	☐ 健診時に相談や助言を受けたことはありますか。 ☐ いいえ ☐ はい 内容()
	☐ 現在通院中の病気はありますか。 ☐ いいえ ☐ はい()
	☐ アレルギーはありますか。 ☐ いいえ ☐ はい()
	☐ その他、気になることについて ()

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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで □小 学 校 就 学
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名
	第1希望
	第2希望
	第3希望
特記事項	□ 上記以外の施設(事業者)は希望しません。

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ください。

保護者区分	□父 □母 □その他 ()	□父 □母 □その他 ()
保育の利用を必要とする理由	□就労 □妊娠・出産 □疾病・障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □その他	□就労 □妊娠・出産 □疾病・障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □その他
育児休業の復帰時期 ※該当者のみ	入所(入園)が決定した場合、 年 月 中に育児休業から復帰します。	入所(入園)が決定した場合、 年 月 中に育児休業から復帰します。
通勤手段 及び 通勤時間	□電車 □バス 自宅の最寄り () 就労先等の最寄り () □徒歩・自転車 □自動車	□電車 □バス 自宅の最寄り () 就労先等の最寄り () □徒歩・自転車 □自動車
	片道(時間 分)	片道(時間 分)
入所(入園)を希望している 小学校就学前子ども(児童)の 状況	□就労先等の託児所に預けている。 (施設名:) ※1か月以上利用している(予定も可)ことが分かる書類添付により加算あり □幼稚園、保育所、認定こども園又は小規模保育に入っている。 (施設名:) □家族等がみている。 □その他 ()	
兄弟姉妹同時 申込みの場合	□①必ず同じ施設(事業者)でないと入所(入園)しない。 □②別々の施設(事業者)になっても入所(入園)する。 □③どちらか一方しか入所(入園)できない場合でも入所(入園)する。 ③を希望する場合、入所できない児童についての保育状況(予定)を記入してください。 ()	
希望する 利用時間	利 用 時 間	
	□保育標準時間 (7時30分～18時30分) ※就労等で月120時間以上勤務の方	□保育短時間 (8時30分～16時30分) ※就労等で月48時間以上120時間未満勤務 求職活動等の方
	利 用 曜 日	
	□月 □火 □水 □木 □金 □土	

税情報等の提供に当たっての同意欄

広陵町が施設型給付費・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。

年 月 日

保護者(代表)氏名 _____
※署名又は記名押印