

施設型給付費 支給認定申請書 兼 認定こども園・保育所 入園申込書

串本町長 宛

令和 7 年 11 月 15 日

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定等を申請します。

申請児童	氏 名		生年月日 ※年齢はR8.4.1現在		性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※記入の必要はありません
	(ふりがな) くしもと たろう		平成 7年1月1日生		男・女	子	
	串本 太郎		令和 (1歳3カ月)				
個人番号：123456789012							
保護者	氏 名	父	(ふりがな) くしもと まぐとる		母	(ふりがな) くしもと みさきこ	
		串本 鮪土耳其		串本 岬子			
	個人番号：234567890123		個人番号：345678901234				
	住 所	串本町サゴ 台690番地5					
連絡先	自宅電話： 62-0555 父携帯： 090-1234-5678 母携帯： 090-5678-1234						
希望する形態	☐ : 1号認定 教育標準時間認定						
	☐ : 2号認定 満3歳以上・保育認定						
	☒ : 3号認定 満3歳未満・保育認定						

1. 利用を希望する施設名、期間等

利用を希望する施設名	施設名・希望理由	
	第1希望	希望する理由：
	第2希望	希望する理由：
利用を希望する期間	令和 8年 4月 1日 から 令和 年 月 日・小学校就学前まで	
希望する利用曜日・時間	利用曜日(*)	利用時間
	月曜日 から 金曜日 まで	8時 30分 から 17時 00分 まで

(*) 『希望する利用曜日』欄は、各施設の開設状況により記入願います。

2. 世帯の状況

ひとり親世帯等の場合	☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ 未婚 ☐ 拘禁 ☐ 行方不明						
	☐ 離婚前提別居中（離婚協議中・裁判中・どちらでもない）						
在宅障がい児（者）のいる世帯	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）						
生活保護の適用の有無	無・有（平成・令和 年 月 日保護開始）						
区分	氏 名	生年月日	年齢 R8.4.1 現在	性別	児童との続柄	勤務先名又は学校名等	勤務先の連絡先
保護者欄の方	串本 鮪土耳其	60・5・3	40	男・女	父	古座病院	0735-00-0000
	串本 岬子	62・4・1	39	男・女	母	コンビニ	0735-00-0000
世帯員	串本 花子	3・2・9	5	男・女	姉	〇〇こども園	
	串本 太郎	7・1・1	1	男・女	本人		
	個人番号：456789012345						
	個人番号：567890123456						
令和7年1月1日の住所		1. 現在と同じ 2. 前住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 (住所変更日 令和7年 10月 1日)					

3. 申請児童の情報

障害者手帳の情報	☒ 無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）
アレルギー情報	無・ ☒ 有（ えびアレルギー
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー・ぜんそく・その他（ 主な症状（
健診での指導事項	☒ 無・有（
通院・入院の有無	【通院】 ☒ 無・有（内容 ）【入院】 ☒ 無・有（内容
子育て関係機関への相談	☒ 無・有（子育て支援室・保健センター・児童相談所・その他） 相談内容（
現在の保育状況	母（産休育休・求職中・その他） ☐ 祖父母（父方・母方） ☐ 施設（施設名

4. 保育の利用を必要とする理由等（2号、3号認定を希望する場合のみ）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ 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）やその他の内容を記入 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。	
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ 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）やその他の内容を記入 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。	

5. 祖父母の情報（2号、3号認定を希望する場合のみ）

		同居・別居の別	氏名	年齢	住所	就労状況
父方	祖父	☒ 同居・別居・他	串本 一郎	65	串本町サコ台690番地5	☒ 有 ☐ 無
	祖母	☒ 同居・別居・他	串本 和歌子	60	串本町サコ台690番地5	☐ 有 ☒ 無
母方	祖父	同居・ ☒ 別居・他	古座 岩男	70	串本町西向359番地	☐ 有 ☒ 無
	祖母	同居・ ☒ 別居・他	古座 海子	68	串本町西向359番地	☐ 有 ☒ 無

6. 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設給付費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 串本 鮎土耳

・同一世帯から2人以上の児童が申請を行う場合は、児童1人につき1枚ずつ記入してください。

-----【記入はここまで】-----

*市町村記入欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定 担当者		入力 担当者	
-----------	--	-----------	--

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否（否とする理由） 令和 年 月 日認定		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 （ ☐ 標 ☐ 短）
支給（入所）の可否	支給（利用）期間	
可・否（否とする理由）	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
入所施設名		
☐ くしもとこども園 ☐ 上野山こども園 ☐ 潮岬こども園		

認定こども園（2号認定、3号認定）を希望される場合は、すべての項目に記入願います。

認定こども園（1号認定）への入園を希望される場合は、表面のA～E及び裏面のFとIに記入願います。

D 利用を希望する施設名、認定区分、期間、曜日・時間、保育必要量を記載してください。

〔施設名〕
◎認定こども園
くしもとこども園
潮岬こども園
上野山こども園

(*) 『希望する利用曜日』欄は、各施設の開設状況により記入願います。

※ 利用を希望する期間は、小学校就学始期に達するまでのうち、施設の利用を希望する期間を記載してください。

施設型給付費 支給認定申請書 兼 認定こども園・保育所 入園申込書

串本町長 宛

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定等を申請します。

申請児童	氏 名		生年月日 ※年齢はR8.4.1現在	性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※記入の必要はありません
	(ふりがな)		令和 年 月 日生	男・女		
個人番号:		(A)		(歳 月)		
保護者	氏 名	父	(ふりがな)		(ふりがな)	
	個人番号:		(B)		個人番号:	
	住 所					
	連絡先	自宅電話:	父携帯:	母携帯:		
希望する形態		☐ : 1号認定 教育標準時間認定 ☐ : 2号認定 2歳以上・保育認定 ☐ : 3号認定 3歳未満・保育認定 (C)				

1. 利用を希望する施設名、期間等

利用を希望する施設名	施設名・希望理由	
	第1希望 (D)	希望する理由:
第2希望	希望する理由:	
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日・小学校就学前まで	
希望する利用曜日・時間	利用曜日(*) 曜日 から 曜日 まで	利用時間 時 分 から 時 分 まで

(*) 『希望する利用曜日』欄は、各施設の開設状況により記入願います。

2. 世帯の状況

ひとり親世帯等の場合	☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ 未婚 ☐ 拘禁 ☐ 行方不明 ☐ 離婚前提別居中（離婚協議中・裁判中・どちらでもない）						
在宅障がい児（者）のいる世帯	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）						
生活保護の適用の有無	無・有（平成・令和 年 月 日保護開始）						
区分	氏 名	生年月日	年齢 R8.4.1 現在	性別	児童との続柄	勤務先名又は 学校名等	勤務先の連絡先
保護者 世帯員 の方		S H R	・	・	男・女		
		S H R	・	・	男・女		
	個人番号:	S H R	・	・	男・女		
	個人番号:	S H R	・	・	男・女		
	個人番号:	S H R	・	・	男・女		
令和7年 1月1日 の住所	1. 現在と同じ 2. 前住所 (住所変更日 令和 年 月 日)						

記入方法

Ⓐ 入園を希望する児童の氏名、生年月日、性別、個人番号等を記載してください。（認定者番号の記入は不要です。）

Ⓑ 申請される保護者の方の氏名、住所、電話番号、個人番号を記載してください。

Ⓒ 希望する形態の“□”に“✓（チェック）”を入れて入れてください。

Ⓔ 世帯の状況を記載してください。

児童の世帯員欄には、同居されている全ての方について、氏名、生年月日、勤務先、個人番号等を記載願います。）

また、令和8年1月1日現在の住所を記載願います。

㊦ 申請児童の情報を記載してください。
() 内には、内容を記載してください。

3. 申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）
アレルギー情報	無・有（ ）
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他（ ） 主な症状（ ）
健診での指導事項	無・有（ ）
通院・入院の有無	【通院】無・有（内容 ） 【入院】無・有（内容 ）
子育て関係機関への相談	無・有（子育て支援室 ・ 保健センター ・ 児童相談所 ・ その他） 相談内容（ ）
現在の保育状況	母（産休育休・求職中・その他） 祖父母（父方・母方） 施設（施設名 ）

4. 保育の利用を必要とする理由等（2号、3号認定を希望する場合のみ）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ 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）やその他の内容を記入 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。	
	母	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ 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）やその他の内容を記入 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。	

㊧ この欄は、表面の希望する形態欄で1号認定以外に✓（チェック）を入れた方のみ記入してください。
保育の利用を必要とする理由は、該当するすべての“□”に“✓（チェック）”し、その具体的な状況について記載してください。

㊨ 申請児童の祖父母の情報を記載してください。

5. 祖父母の情報（2号、3号認定を希望する場合のみ）

		同居・別居の別	氏名	年齢	住所	就労状況
父方	祖父	同居・別居・他				☐ 有 ☐ 無
	祖母	同居・別居・他				☐ 有 ☐ 無
母方	祖父	同居・別居・他				☐ 有 ☐ 無
	祖母	同居・別居・他				☐ 有 ☐ 無

6. 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設給付費の支給認定に必要な市町村民であることを、また、その情報に基づき決定した利用者に対して、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

・同一世帯から2人以上の児童が申請を行う場合は、児童1人につき1枚ずつ記入してください。

㊩ 記載内容をご確認いただき、署名してください。

【記入はここまで】

*市町村記入欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定担当者	入力担当者
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否（否とする理由） 令和 年 月 日認定		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
支給（入所）の可否	支給（利用）期間	
可・否（否とする理由）	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
入所施設名		
☐ くしもとこども園 ☐ 上野山こども園 ☐ 潮岬こども園		

（裏面）