

支給認定申請書兼 入所・入園申込書

本宮市長
本宮市教育委員会

保護者氏名	(姓)	(名)
保護者住所	〒 -	
	本宮市	
連絡先(携帯①)		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母
連絡先(携帯②)		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母
自宅電話番号		

次のとおり施設型給付費、地域型保育給付費等・施設等利用給付費に係る支給認定の申請及び保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育施設への入所、入園の申込みをします。なお、施設入所入園に必要な市保有の情報の利用及び閲覧、また本申請内容が入所入園される施設に通知されることに同意します。

① 申請及び施設利用を希望する児童

申請及び 入所・入園 希望児童	氏名		生年月日	性別	障害者手帳
	カナ	漢字	西暦 20 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号 (マイナンバー)			兄弟姉妹 の順番	人きょうだいの 番目	
入所・入園 希望施設及び 希望理由	【幼稚園】		【保育所】		
	01. 五百川幼保総合施設		16. もとみや幼児の家保育園		
	02. 岩根幼稚園		17. 光明保育園		
	03. 糠沢幼稚園		18. どんぐり保育園		
04. 和田幼稚園		19. その他()			
05. 白岩幼稚園		20. その他()			
06. 本宮幼稚園		21. その他()			
入所・入園を希望する 施設番号及び希望理 由を記入してくださ い。	第1希望	(希望理由)			
	第2希望	(希望理由)			
	第3希望	(希望理由)			
健康状況	<input type="checkbox"/> 良好 ・ <input type="checkbox"/> 病気等/ <input type="checkbox"/> 障がい (病名等:) ※手帳がある場合は、コピーを添付してください。				
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (種類:)				
薬服用の有無	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (薬名:) 服用時間: <input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夕・ <input type="checkbox"/> 就寝前				
連絡事項	(入所入園にあたり事前連絡しておきたいこと等)				

② 利用を希望する児童の世帯状況 (申請児童を除き、父母及び同居している全ての方を記入ください。)

氏名	続柄	生年月日 (西暦)	年齢	個人番号(マイナンバー)	勤務先・学校名
カナ	父	年 月 日			
カナ		年 月 日			
カナ	母	年 月 日			
カナ		年 月 日			
カナ		年 月 日			
カナ		年 月 日			
カナ		年 月 日			
カナ		年 月 日			
カナ		年 月 日			
カナ		年 月 日			

2024年1月1日 現在の住所		<input type="checkbox"/> 本宮市への転入（予定）有 ※転入（予定）の場合、2023年1月1日現在の住所を記入願います。 <input type="checkbox"/> 無	
世帯の 状況	状況	該当・適用の有無（該当の場合のみチェック）	
	生活保護	<input type="checkbox"/> 適用あり（ 年 月 日保護開始）	
	ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当	
	同居者の障害者手帳、療育手帳所有	<input type="checkbox"/> 該当（続柄： 氏名： ） ※手帳のコピーを添付してください	

③ 保育の利用を必要とする理由等

保育利用 希望の有無	<input type="checkbox"/> 保育所の利用を下記理由により希望する。		<input type="checkbox"/> 幼稚園の利用を希望する。	
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 ※障害の場合、該当する級（保有手帳等）にチェック願います。 身体障害： <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級以下 精神： <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 療育手帳： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B		
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 ※障害の場合、該当する級（保有手帳等）にチェック願います。 身体障害： <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級以下 精神： <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 療育手帳： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
利用希望期間	<input type="checkbox"/> 幼稚園を希望の場合		年 月 日 から 年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 預かり保育希望		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
保育利用 希望時間	<input type="checkbox"/> 保育所を希望の場合		年 月 日 から 年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 土曜保育希望		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 / 延長保育希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
保育利用 希望時間	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土 / 時 分から 時 分まで ※該当する曜日にチェック、幼稚園希望の場合は記載不要			

④ 税情報等の提供についての同意

市が施設型給付費・地域型保育給付費・施設等利用給付費の支給認定に必要な世帯員の市町村民税に関する情報及び世帯情報を閲覧及び利用（取得）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

以下は記入しないでください。

【本申請書の提出者】

氏名	児童との続柄（ ）	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード	本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）
----	-----------	------	--	------	---

【施設（事業者）記載欄】

受付年月日	年 月 日	備考
施設名	（事業所番号： ）	
担当者 / 連絡先	担当者氏名：	連絡先：
入園契約の有無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日から入園予定） ・ <input type="checkbox"/> 無	

【市記入欄】

受付年月日		年 月 日	備考
認定	可否	<input type="checkbox"/> 否（理由： ） <input type="checkbox"/> 可（ 年 月 日認定）	認定区分
	番号		
支給 （入所）	可否	<input type="checkbox"/> 否（理由： ） <input type="checkbox"/> 可（ 年 月 日認定） <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 <input type="checkbox"/> 施設等利用	備考
	利用期間	自： 年 月 日 至： 年 月 日	