

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、2024年1月1日現在の住所を記入願います。 <input type="checkbox"/>	
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（ <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給中 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 ）	
	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			
	<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	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号（ <input type="checkbox"/> 標・ <input type="checkbox"/> 短） <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標・ <input type="checkbox"/> 短） <input type="checkbox"/> 新2号
	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		