



3 利用を希望する期間及び利用を希望する施設名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
希 望 す る 利用曜日・時間  (幼稚園等を希望 する場合は、記入 不要です。)	利用曜日	利用時間 (24 時間制で記入)
	曜日から 曜日まで	時 分から 時 分まで
	※ 父母のいずれかの就労時間が月平均120時間未満で、希望する保育所が定める保育短時間を超えて利用したい場合は、その理由を記入ください。  (理由)	
利用を希望する 施 設 名  (町立幼稚園を希 望する場合は、第 1 希望に幼稚園名 を記入ください。)	施設名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

4 個人情報の閲覧及び提供に関する同意

庄内町が施設型給付費、地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な税務資料及び世帯情報を閲覧すること並びにこの申請書に記入した個人情報及び決定された利用者負担額を町から特定教育・保育施設等（児童の入所施設に限る。）に通知することに、同意します。

同意年月日 年 月 日 同意年月日 年 月 日

保護者氏名 保護者氏名

※ 保護者の方の記入は以上です。以下は、記載しないでください。

5 施設記載欄（施設（事業者）を経由して町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	
担 当 者 氏 名	(担当者)
連 絡 先	(連絡先)
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（ 年 月 日））・無
備 考	

6 町記載欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
教育・保育給付（入所）の可否	教育・保育給付（実施）期間	
可・否（否とする理由） 〔 <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〕	自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設名		
備 考		