

記入例

申込日

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書（兼児童台帳）

記入してください

フリガナ

姓

保護者 住所

令和〇年〇月〇日

庄内町余目字町132番地1

氏名

庄内 太郎

電話

080-1234-5678（母）

入園に際して聞き取り等させていただきます場合があります。確実にご連絡がとれる携帯電話番号等をご記入ください。【押印は不要です】

次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費等に係る教育・保育認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども（以下「児童」という。）	フリガナ	ショウナイ イチロウ	生年月日 （予定日）	性別	保護者との続柄	認定者番号 （既に認定済の場合）
	氏名	庄内 一郎	平成・令和 〇年〇月〇日	男	子	
	個人番号	456789012345				
	障害者手帳	無・有 （手帳名 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）				
	健康情報	1 異常なし 2 通院中（病名） 3 アレルギー（卵・えび・そば） 4 その他特記事項（）				
保育の希望の有無	有： 保育所等（保育所、認定こども園（保育部分）、家庭的保育、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいう。以下同じ。）において保育の利用を希望する場合（幼稚園等）と併願する場合を含む。） 無： 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。） 町立幼稚園入園は『無』に○が付きます					
☐ 支給認定証の交付を申請します						

1 保育の利用
ください。）

続柄	
父	☐ 就労 ☐ 不在
母	☐ 就労 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待 ☐ 育児休業 ☐ 不仕（死亡、離婚） ☐ その他（）

2 世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	有（ ☐ ひとり親世帯等 ☐ 在宅障がい者（児）のいる世帯）・ 無						
生活保護の適用の有無	有（ 年 月 日保護開始） ・ 無						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業又は学校名等	個人番号	備考
	フリガナ ショウナイ タロウ 庄内 太郎	S 〇年〇月〇日	男	父	会社員	123456789012	
	フリガナ ショウナイ ハナコ 庄内 花子	S 〇年〇月〇日	女	母	パート職員	234567890123	
	フリガナ ショウナイ フタタ 庄内 風太	H 〇年〇月〇日	男	兄	高校〇年生	345678901234	別居
	フリガナ ショウナイ フコ 庄内 風子	R 〇年〇月〇日	女	妹	〇保育園	567890123456	
	フリガナ ショウナイ ジロウ 庄内 次郎	S 〇年〇月〇日	男	祖父		890123456789	
	フリガナ ショウナイ マチコ 庄内 町子	S 〇年〇月〇日	女	祖母		901234567890	
	フリガナ	年 月 日					

・両親
・きょうだい
・祖父母
・おじ・おば
・曾祖父母…
の順でご記入
ください。

令和7年4月1日現在の学校名
や学年等（予定）をご記入
ください。

裏面もご覧ください。

3 利用を希望する期間及び利用を希望する施設等

利用を希望する期間	令和7年4月1日 から 令和8年3月31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)
	余目第〇 幼稚園	
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

期間と第1希望のみ
記入してください

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
父・母それぞれが記名してください。[押印は不要で]

同意年月日 令和〇年〇月〇日 同意年月日 令和〇年〇月〇日

保護者氏名 庄内 太郎 保護者氏名 庄内 花子

※ 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)

6 町記	備考	記入しないでください