

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定

記入例

保育所入所申込書

入所を希望する児童の
情報を記入します。

平成 年 月 日

保護者氏名 岩内 太郎 ㊟

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定及び保育の手続きを行います。

必ず押印してください。

申請児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日	男・女	有・無
	いわない じろう 岩内 次郎	平成27年1月1日生 (1歳児) ※平成28年4月1日現在の年齢		個人番号
		0000 0000 0000		

保育所へ入所を希望
する場合“有”に○
をします。

住所 〒045-8555 岩内町字高台134番地1	電話 00-0000 携帯電話(父) 000-0000-0000 (母) 000-0000-0000
8年1月1日現在の住所 岩内町・岩内町	

マイナンバーカード・通知
カードをご確認の上、必ず
記入してください。児童が体調不良等で保護者へ連
絡する場合がありますので、必ず
記入してください。入所を希望する児童の家族
の情報を記入します。

認定証番号	保育の希望の有無 (有) 無
-------	----------------

認定証とは、施設型保育、地域型保育、事業所内保育、家庭的保育、居宅訪問型保育をいいます。
認定子ども園（教育部分）をいいます。

の世帯員) ※別居の場合でも生計を一にしている場合は記入してください。

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は 学校名等	個人番号	備考
申請児童の同居者	いわない たるう 岩内 太郎	父	T S H 00年0月0日	男・女	〇△建設	0000 0000 0000	
	いわない はなこ 岩内 花子	母	T S H 00年0月0日	男・女	主婦(妊娠中)	0000 0000 0000	
	いわない いちろう 岩内 一郎	長男	T S H 00年0月0日	男・女	岩内〇小学校	0000 0000 0000	
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			

生活保護の適用の有無 ☒適用無し ☐適用有り (年 月 日保護開始)

※裏面も記入してください。

注)「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。また、字は楷書ではっきりと書いてください。

② 希望する利用期間と利用区分

希望する利用期間	平成28年 4月 1日から平成33年 3月 31日まで
希望する利用区分※	☐ 教育標準時間 ☐ 保育短時間 ☒ 保育標準時間

入所希望する日から、就学前までの期間を記入します。
例) 5歳児の場合
平成28年4月1日から
平成29年3月31日まで

入所希望の
保育所名、
希望理由に
ついて記入
します。

利用を希望する 施設(事業者)名	第1希望 岩内△△保育所	自宅から近いため
	第2希望 岩内□□保育所	職場から近いため
	第3希望 岩内○○保育所	祖父母の家から近いため

④ 保育の利用を必要とする理由等

保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。 ※「記入上の注意」8番を参照

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【勤務先：○△建設 就労時間：週 5日、1日 8時間】 ☐ 妊娠・出産【出産(予定)日 平成 年 月 日】 ☐ 疾病・障がい等【症状等： 通院・入院 回数： 日/週・月】 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休継続利用	
	母	☐ 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 ☒ 妊娠・出産【出産(予定)日 平成 ○○年 ○月 ○日】 ☐ 疾病・障がい等【症状等： 通院・入院 回数： 日/週・月】 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休継続利用	
家庭の状況	☐ ひとり親家庭(□離婚 □未婚 □死別)・ ☐ 障がい者がいる世帯(□児童本人 □児童以外)		
希望する 曜日と時間	保育を必要とする曜日		1日のうちで必要とする時間
	月 火 水 木 金 土		8:00 ~ 17:30

⑤ 税情報等の提供

町が施設型給付費
び世帯情報を閲覧す
設等に対して提示す

希望する保育時間を記入します。
※保護者の就労等の事由によって
保育時間が変わります。
・保育標準時間(8:00~17:30)
・保育短時間(8:30~16:30)

住民税の情報(同一世帯者を含む。)及
負担額について、特定教育・保育施

氏名 岩内 太郎 印

必ず押印してください。

※町記入欄

受 付 年月日	年 月 日	認定者番号	認定区分等
			☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (□標 □短)
認定の可否		支給(利用)期間	
可 ・ 否 年 月 日認定	(否とする理由)	自 年 月 日 至 年 月 日	
支給(入所)の可否		備 考	
可 ・ 否(否とする理由)			
入所施設 (事業者)名		認定 担当者	入力 担当者

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼

保育所入所申込書

平成 年 月 日

岩内町長 様

保護者氏名 _____ ㊞

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定及び保育所の入所を申込みします。

申請児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
		平成 年 月 日生 (歳児) ※平成28年4月1日現在の年齢	男・女	有・無
				個人番号
保護者	住所 〒			
	自宅電話		携帯電話 (父) (母)	
	平成28年1月1日現在の住所		岩内町 ・ 岩内町以外 ()	
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。			
保育の希望 の有無	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等（※1）において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む） ⇒以降の項目①～⑤すべてに記入		
	無	幼稚園等（※2）の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く） ⇒以降の項目①～③及び⑤に記入（④は記入不要）		

※1「保育所等」とは、保育所、認定子ども園（保育部分）、小規模保育、事業所内保育、家庭的保育、居宅訪問型保育をいいます。
※2「幼稚園等」とは、幼稚園、認定子ども園（教育部分）をいいます。

① 世帯の状況（同居の世帯員） ※別居の場合でも生計を一にしている場合は記入してください。

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は 学校名等	個人番号	備考
申請児童の同居者			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
			T S H 年 月 日	男・女			
生活保護の適用の有無		□適用無し □適用有り (年 月 日保護開始)					

※裏面も記入してください。

注)「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。また、字は楷書ではっきりと書いてください。

② 希望する利用期間と利用区分

希望する利用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
希望する利用区分※	☐ 教育標準時間 ☐ 保育短時間 ☐ 保育標準時間

※「教育標準時間」は幼稚園等の利用、「保育短時間認定」は月48時間以上120時間未満の就労で1日最長8時間までの利用、「保育標準時間認定」は月120時間以上の就労で1日最長9.5時間までの利用をいいます。

③ 利用を希望する施設（事業者）名

希望する順位に従い、施設（事業者）名を記入してください。 ※「記入上の注意」7番を参照

利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名	希望理由
	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

④ 保育の利用を必要とする理由等

保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。 ※「記入上の注意」8番を参照

保育の利用 を必要とする 理由	続柄	必要とする理由	備考
		☐ 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 ☐ 妊娠・出産【出産（予定）日 平成 年 月 日】 ☐ 疾病・障がい等【症状等： 通院・入院 回数： 日／週・月】 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休継続利用	
		☐ 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 ☐ 妊娠・出産【出産（予定）日 平成 年 月 日】 ☐ 疾病・障がい等【症状等： 通院・入院 回数： 日／週・月】 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休継続利用	
家庭の状況	☐ ひとり親家庭（ ☐ 離婚 ☐ 未婚 ☐ 死別）・ ☐ 障がい者がいる世帯（ ☐ 児童本人 ☐ 児童以外）		
希望する 曜日と時間	保育を必要とする曜日		1日のうちで必要とする時間
	月・火・水・木・金・土		: ~ :

⑤ 税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費等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 _____ ㊞

.....【記入はここまで】.....

※町記入欄

受 付 年月日	平成 年 月 日	認定者番号	認定区分等	
			☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)	
認定の可否		支給（利用）期間		
可 ・ 否 平成 年 月 日認定	(否とする理由)	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
支給（入所）の可否		備 考		
可 ・ 否 (否とする理由)				
入所施設 (事業者) 名		認定 担当者	入力 担当者	

家庭児童調査票

保護者住所 岩内町字

番地

氏名

㊟

保育所長様

次のとおり、入所を希望する児童の家庭状況についてお知らせします。

(ふりがな) 入所児童 氏名			性別	※自宅位置略図			
			男・女				
生年月日	平成 年 月 日生						
保険者名称 及び保険証 の記号番号	保険者名						
	記号番号						
主治病院							
保育の実施を 希望する期間	平成 年 月 日から						
	平成 年 月 日まで						
入所年月日	平成 年 月 日						
連絡先	自宅(電話 ー) / 携帯電話()						
住居及び 付近の状況	自家・借家・アパート・公営住宅・同居・その他()						
	遊び場の有無	有・無	交通頻繁状況	有・無	危険場所の有無	有・無	

入所児童の家庭の状況(入所を希望するお子さん以外の同居している家族をご記入下さい)

	(ふりがな) 氏名 (生年月日)	続柄	職業	勤務先	勤務先住所 (勤務先電話番号)	勤務及び就労時間
1	(. . 生)					午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで
2	(. . 生)					午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで
3	(. . 生)					午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで
4	(. . 生)					午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで
5	(. . 生)					午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで
6	(. . 生)					午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで

身 体 測 定 発 育 状 況	出 産 状 態	妊 娠 期 間	妊 娠	週	※出産状況(該当する箇所には○を付けて下さい)					
		出生時の体重		g	正常産・仮死産・逆子・帝王切開					
		出生時の身長		cm	その他()					
	乳 児 期 の 状 態	栄 養	母乳・人工・混合	首 が す わ る	ヶ月	這 い 始 め	ヶ月			
		離 乳 開 始	ヶ月	寝 返 り	ヶ月	歩 き 始 め	ヶ月			
		離 乳 完 了	ヶ月	歯 の は え 始 め	ヶ月	言葉の出始め	ヶ月			
	※次の欄のあてはまる箇所には○を付けて下さい									
	予 防 種 苗	三種混合 (1・2・3・追加)	ツ反応 (+・-)	BCG	麻疹 (はしか)	ポリオ 生ワクチン	水痘 (水ぼうそう)	おたふく 風邪	風疹	その他 ()
	既にか かった 病 気	麻疹 (はしか)	百日咳	水痘 (水ぼうそう)	肺炎	風疹	おたふく風邪	その他 ()		
	生 活 状 況	家で遊ぶ友達								
好きな遊び玩具										
興味を持っているもの										
好きな絵本										
児童を養育した人										
性格										
直したい癖										
お医者さんに今までアレルギーと診断されたことがありますか			いいえ・はい (アレルギー体質)							
食物アレルギーのあるお子さんは記入して下さい										
お子さんが眠る時に特に目立った習慣がありましたら詳しく記入して下さい										
保育中に特に注意をしなければならなかったことがありましたら詳しく記入して下さい										
そ の 他										
※1歳未満のお子さんの場合のみ記入して下さい										
今までの保育状況について該当する箇所には○を付けて下さい			母親と家庭にいた・祖母と家庭にいた・保育ママを依頼・保育所							
現在お子さんが飲んでいる飲み物について			母乳・牛乳・ミルク(メーカー)							
ミルクをお飲みの場合は調整の割合を記入して下さい			スプーン 出来上がり		杯 CC		乳首		サイズ	
果 汁	飲んでいない・飲んでいる(1回の量 CC)									
離 乳	開始していない・開始している【回数(日) 回】時間 時 分頃 / 時 分頃									

就 労 証 明 書

記入例

この証明書は、保育施設利用のための書類です。必要に応じて内容の確認を行うことがあります。

〔事業所証明欄〕

平成 27 年 2 月 10 日

岩内町長 様

下記のとおり就労している（する）ことを証明します。

所在地 岩内郡岩内町字清住〇〇〇番地

事業所名 岩内たられ物産株式会社

代表者名 代表取締役 岩内 たられ

電話番号 0135-62-△△△△

代 表
者 名就 労 者
氏 名

岩内 花子

業務内容

経理事務

就労期間

平成 20 年 4 月 1 日 ～ □ 年 月 日まで
☒ 期限の定めなし

期間更新

☐ 有 ☒ 無

就労時間

9 時 00 分 ～ 17 時 00 分まで

A 1日あたり 8 時間 00 分
(うち休憩 1 時間 分)育児短時間勤務等を取得する
(している)場合にしてください。

A×B 月合計 176 時間 (48時間以上であること)

間勤務等
就労時間

取 得 期 間 平成 年 月 日 ～ 年 月 日まで

時 分 ～ 時 分まで

C 1日あたり 時間 分
(うち休憩 時間 分)

D 月平均 日

C×D 月合計 時間 (48時間以上であること)

産休・育休後に復帰する場合に
記入してください。

る場合は、下記にチェックし期間及び復職（予定）日を記入してください。

☐ 産休（産休期間を記入）☐ 育休（育休期間を記入・産休期間は不要）産休・育休
明け復職産休又は育休
取 得 期 間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日まで

復職（予定）日

平成 年 月 日

備 考

下記は保護者が記入してください。 労期間、就労時間等が変更になった時は、その都度証明書を提出してください。

(フリガナ)

児童の氏名

岩内 太郎

利用（希望）保育施設

岩内〇〇保育所

児童との続柄

母

住所

岩内町字東山〇〇-〇〇

就 労 証 明 書

この証明書は、保育施設利用のための書類です。必要に応じて内容の確認を行うことがあります。

〔事業所証明欄〕

		平成 年 月 日	
岩内町長 様			
下記のとおり就労している（する）ことを証明します。			
		所在地	
		事業所名	
		代表者名 ⑩	
		電話番号	
就 労 者 氏 名			
業務内容			
就労期間	平成 年 月 日 ～ □ 年 月 日まで		期間更新
	□ 期限の定めなし		□有 □無
就労時間	時 分～ 時 分まで	A 1日あたり 時間 分 (うち休憩 時間 分)	
	B 月平均 日	A×B 月合計 時間(48時間以上であること)	
育児短時間勤務等 就労時間	取得期間	平成 年 月 日～ 年 月 日まで	
	時 分～ 時 分まで	C 1日あたり 時間 分 (うち休憩 時間 分)	
	D 月平均 日	C×D 月合計 時間(48時間以上であること)	
産休・育休 明け復職	産休・育休を取得し復職する場合は、下記にチェックし期間及び復職(予定)日を記入してください。		
	□ 産休(産休期間を記入) □ 育休(育休期間を記入・産休期間は不要)		
	産休又は育休 取得期間	平成 年 月 日～ 年 月 日まで	
	復職(予定)日	平成 年 月 日	
備 考			

〔保護者記入欄〕就労先、就労期間、就労時間等が変更になった時は、その都度証明書を提出してください。

(フリガナ)
児童の氏名

利用(希望)保育施設

児童との続柄

住所