

令和8年度 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

(兼現況届出書)

[ 新規・変更 ]

年 月 日

江北町長 様

江北町教育委員会 教育長 様

(保護者氏名)

印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	年齢	性別	障害者手帳 の有無
		年 月 日	歳 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
保護者住所	江北町大字				(地区名)
連絡先	自宅	- -	緊急連絡先	- -	認定者番号*
	父の携帯	- -	母の携帯	- -	
保育の希望 の有無	<input type="checkbox"/> 有	保護者の就労等の理由により、保育園等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)			
	<input type="checkbox"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育園等と併願の場合を除く)			
入園希望施設	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 ( <input type="checkbox"/> 教育部分・ <input type="checkbox"/> 保育部分) <input type="checkbox"/> 地域型保育事業所 ( <input type="checkbox"/> 小規模保育・ <input type="checkbox"/> 家庭的保育・ <input type="checkbox"/> 居宅訪問型保育・ <input type="checkbox"/> 事業所内保育)				

①世帯の状況

父母(別居も含む)及び同居所に住んでいる人全員について、記載してください。

氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先又は 学校名等	市町村民税 課税の有無	備考
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 障害児又は障害者同居世帯(氏名)				
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(年 月 日保護開始)				
過去2年以内に 住所を変更した場合(※)		続柄 父 (年 月 日移転)		旧住所	市・郡	町
		マイナンバー ( )				
		続柄 母 (年 月 日移転)		旧住所	市・郡	町
		マイナンバー ( )				

※別居の父母の場合は、備考欄に住所とマイナンバーを記載してください。その他、特に配慮が必要な内容があれば記載してください。

※生年月日は、和暦でご記入ください。

※過去2年以内に住所変更した場合にマイナンバーをご記入ください

②利用を希望する期間・希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
利用を希望する 施設(事業者)名 及び希望の理由	利用希望の優先順に記載してください。	
	第1希望	(理由)
	第2希望	(理由)
	第3希望	(理由)
	第4希望	(理由)
	第5希望	(理由)

\*欄は、記載不要です。

(裏面も記載してください)

③保育の利用を必要とする理由など

※保護者の就労等の理由により、保育園などで保育の利用を希望する場合に記載してください。

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	<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他( )	
	母	<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他( )	
希望する利用時間	利用したい曜日 月・火・水・木・金・土		利用したい時間(参考) 時から 時まで

◇メモ欄

年月日	児童との続柄	来庁電話	対応職員	内容

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給  
(兼現況届出書)

世帯主又は生計を維持している方の氏名を記入・押印してください。

江北町長 様  
江北町教育委員会 教育長 様

令和8年4月1日現在の年齢を記入してください。

名) 江北 A郎 印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	年齢	性別	障害者手帳 の有無
	こうほく E太 江北 E太	〇〇年〇〇月〇〇日	〇 歳 (令和8年4月1日現在)	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
保護者住所	江北町大字 山口〇〇番地 〇〇アパート〇号室 (地区名 〇〇)				
連絡先	自宅	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	緊急連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	認定者番号*
	父の携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	母の携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	記入不要です。
保育の希望 の有無	<input type="checkbox"/> 有	保護者の就労等の理由により、保育園等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)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育園等と併願の場合を除く)			
入園希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input checked="" type="checkbox"/> 認定こども園 ( <input checked="" type="checkbox"/> 教育部分・ <input type="checkbox"/> 保育部分) <input type="checkbox"/> 地域型保育事業所 ( <input type="checkbox"/> 小規模保育・ <input type="checkbox"/> 家庭的保育・ <input type="checkbox"/> 居宅訪問型保育・ <input type="checkbox"/> 事業所内保育)				

①世帯の状況

父母(別居も含む)及び同居所に住

父母及び同じ住所に住んでいる方を全員記入してください。

氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先又は 学校名等		
江北 A郎	父	〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	〇〇株式会社		
江北 B子	母	〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
江北 C美	姉	〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	江北中学校〇年生	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
江北 D一	兄	〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	江北小学校〇年生	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
江北 F代	祖母	〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	なし	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 障害児又は障害者同居世帯(氏名 江北 F代)					
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり( 年 月 日保護開始)					
過去2年以内に 住所を変更した場合(※)	続柄 父	( 〇〇年〇〇月〇〇日移転)	旧住所	〇〇市・郡	〇〇町	
	マイナンバー	( 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 )				
	続柄 母	( 〇〇年〇〇月〇〇日移転)	旧住所	〇〇市・郡	〇〇町	
	マイナンバー	( 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 )				

令和7年1月2日以降、江北町に転入された方は、前住所地やマイナンバーを記入してください。

を記載してください。その他、特に配慮が必要な内容があれば記載してください。  
判定に必要なため、小学生の場合は、学年についても記入してください。  
ご記入ください

②利用を希望する期間・希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和8年4月1日 から 令和9年3月31日 まで	
	利用希望の優先順に記載してください。	
利用を希望する 施設(事業者)名 及び希望の理由	第1希望	〇〇幼稚園 (理由) 自宅から近いため
	第2希望	(理由)
	第3希望	(理由)
	第4希望	(理由)
	第5希望	(理由)

\*欄は、記載不要です。

(裏面も記載してください)

③保育の利用を必要とする理由など

※保護者の就労等の理由により、保育園などで保育の利用を希望する場合に記載してください。

記入不要です。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
	父	<input type="checkbox"/> 就労（ひと月あたりの就労時間約 時間） <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧
	母	<input type="checkbox"/> 就労（ひと月あたりの就労時間約 時間） <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧
		<input type="checkbox"/> 就労（ひと月あたりの就労時間約 時間） <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧
		<input type="checkbox"/> 就労（ひと月あたりの就労時間約 時間） <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧
希望する利用時間	利用したい曜日		利用したい時間(参考)
	月・火・水・木・金・土		時から 時まで

◇メモ欄

年月日	児童との続柄	来庁電話	対応職員	内容

メモ欄には、なにも記入しないでください。