

(記入例)

新規・継続

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書兼入所申込書

伊仙町長 殿

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（入所申込）します。

受付印

令和6年11月〇〇日

保護者住所 伊仙町伊仙〇〇〇-〇 〇〇〇号室

保護者氏名 〇〇 〇〇 (印)

連絡先(父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

連絡先(母) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(令和5年1月1日現在の住所) (町内)・町外

(令和6年1月1日現在の住所) (町内)・町外

申請児童名	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	年齢	性別	区分
	(〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇〇)	R2年 7月 7日	4歳	(男) 女	新規 (継続)
	()	年 月 日	歳	男・女	新規・継続
	()	年 月 日	歳	男・女	新規・継続
	()	年 月 日	歳	男・女	新規・継続

①利用を希望する期間及び施設名

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	
順位	施設名	希望理由
第1希望	〇〇保育園	自宅に近いから
第2希望	〇〇こども園	自宅に近いから
第3希望	〇〇〇保育園	勤務先に近いから

②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必要とする理由を全て記入してください。

保育の利用を必要とする理由	父	☒ 就労(160時間/月 又は 時間/週) ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他()
	母	☒ 就労(160時間/月 又は 時間/週) ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他()
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月 曜日から 土 曜日まで	8 時 00 分 から 17 時 00 分 まで

③税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、及び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 〇〇 〇〇 (印) (印)

(第2面)

④世帯の状況(本人を含めて、同居している方すべてを記入してください) ※学校名等は、令和6年4月現在の進級先(予定)

区分	児童との続柄	マイナンバー(※保護者のみ記入)												生年月日	性別	勤務先 (職業又は学校名等)	備考
		氏名															
児童の世帯員	父	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	S 63・4・5	男・女	会社員	
		〇〇 〇〇															
	母	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	S 63・5・5	男・女	事務員	
		〇〇 〇〇															
	姉	〇〇 〇〇												H 23・11・11	男・女	〇〇中学校	
	兄	〇〇 〇〇〇												H 27・8・8	男・女	〇〇小学校	
	本人	〇〇 〇〇〇												R 2・7・7	男・女	〇〇保育園	
														・	男・女		
														・	男・女		
													・	男・女			
													・	男・女			
生活保護の適用の有無													① 適用なし 2 適用あり (年 月 日保護開始)				
在宅障がい児(者)の有無													① なし 2 あり				
ひとり親世帯等													児童扶養手当 受給中・申請中(年 月 日 申請)				

⑤祖父母の状況

父方	祖父氏名	〇〇 〇〇〇	同居・別居	住所 徳之島町〇〇〇-〇〇	※同居の場合、記載は不要です。
	祖母氏名	〇〇 〇〇〇	同居・別居	同上	
母方	祖父氏名	〇〇 〇	同居・別居	住所 伊仙町〇〇〇-〇〇	※同居の場合、記載は不要です。
	祖母氏名	〇〇 〇〇	同居・別居	同上	

⑥児童の健康状態

健康状態で該当する番号に○をつけてください				
① 健康	2 虚弱	3 障がいあり	・身障手帳 記号番号 () (級) ・療育手帳 記号番号 () (判定) ・特別児童扶養手当 記号番号() (級)	
[障がい等をお持ちの場合は、その状況を具体的に記入してください。なお、児童発達支援施設等を利用している場合は、施設名を記入してください。]				
既往歴(今までにかかった病気を記入してください。)			入院の経験 (病名:) なし あり (年齢: 歳 か月)	
食物アレルギー	・なし ・まだ食べていない ・あり		【牛乳・卵・小麦・そば・大豆 ・その他()】	
気管支喘息	・なし ・あり		アトピー性皮膚炎	・なし ・あり
アレルギー性結膜炎	・なし ・あり		アレルギー性鼻炎	・なし ・あり
常時内服している薬 なし あり【具体的に				

就労証明書

伊仙町長

宛

証明日 西暦 2024 年 11 月 日
事業所名 株式会社〇〇〇〇
代表者名 〇〇 〇〇〇
所在地 伊仙町伊仙〇〇〇-〇
電話番号 0997 — 86 — 〇〇〇〇
担当者名 〇〇 〇〇
記載者連絡先 090 — 1234 — 〇〇〇〇

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄
1	業種	☐ 農業・林業 ☐ 漁業 ☐ 鉱業・採石業・砂利採取業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 情報通信業 ☐ 運輸業・郵便業 ☐ 卸売業・小売業 ☐ 金融業・保険業 ☐ 不動産業・物品賃貸業 ☐ 学術研究・専門・技術サービス ☐ 宿泊業・飲食サービス業 ☐ 生活関連サービス業・娯楽業 ☐ 医療・福祉 ☒ 教育・学習支援業 ☐ 複合サービス事業 ☐ 公務 ☐ その他()
2	フリガナ 本人氏名	イセン タロウ 伊仙 太郎 生年 月日 1990 年 11 月 11 日
3	雇用(予定)期間等	☒ 無期 ☐ 有期 期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 2022 年 4 月 1 日 ~ 年 月 日
4	本人就労先事業所	名称 〇〇〇〇〇 住所 伊仙町伊仙〇〇〇-〇
5	雇用の形態	☒ 正社員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣社員 ☐ 契約社員 ☐ 会計年度任用職員 ☐ 非常勤・臨時職員 ☐ 役員 ☐ 自営業主 ☐ 自営業専従者 ☐ 家族従業者 ☐ 内職 ☐ 業務委託 ☐ その他()
6	就労時間 (固定就労の場合)	月 火 水 木 金 土 日 祝日 合計 時間 月間 189 時間 分 (うち休憩時間 1260 分) 一月当たりの就労日数 月間 21 日 一週当たりの就労日数 週間 5 日 平日 8 時 30 分 ~ 17 時 30 分 (うち休憩時間 60 分) 土曜 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 日祝 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
	就労時間 (変則就労の場合)	合計時間 月間 週間 時間 分 (うち休憩時間 分) 就労日数 月間 週間 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	年月 2024 年 8 月 年月 2024 年 9 月 年月 2024 年 10 月 21 日/月 189 時間/月 19 日/月 171 時間/月 22 日/月 198 時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
10	産休・育休以外の休業の 取得	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み 理由 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
11	復職(予定)年月日	☐ 復職予定 ☐ 復職済み 年 月 日
12	育児のための短時間 勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
13	保育士等としての勤務実 態の有無	☐ 有 ☐ 有(予定) ☒ 無
14	備考欄	
追加的記載項目欄		