

子どものための教育・保育給付認定申請書兼教育・保育施設

宋栗市教育委員会 様

次のとおり、施設型給付

裏面の保護者と同一の方に
して下さい。

給認定及び施設の利用を申請します。

記入例

(申保請護者者)	氏名	宋栗 太郎		申請年月日	令和 7 年 11 月 1 日
	住所	(〒671-2593) 宋栗市 山崎町〇〇ZZZ番地		転入前住所 (4~8月入所はR6.1.1時点、9~3月入所はR7.1.1時点の住所)	(〒679-4192) たつの市龍野町富永 1005番地1
	連絡先	0790-00-0000 自宅・携帯 ()	090-0000-0000 自宅・携帯 (父ケイタイ)	080-0000-0000 自宅・携帯 (母ケイタイ)	

①世帯の状況

(ふりがな) 氏名	申込児童との続柄	年齢・学校名等	有・無	保育料の算定に必要なため、該当の方は記入してください。
しろう じろう 宋栗 二郎	申込児童	令和 4 年 7 月 7 日 (3 歳)	有・無	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
しろう たろう 宋栗 太郎	父	大・昭・平 60 年 4 月 4 日 (株) ▲▲会社	有・無	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
しろう はなこ 宋栗 花子	母	大・昭・平 60 年 5 月 5 日 (株) ○○会社	有・無	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
しろう いちろう 宋栗 一郎	兄	大・昭・平・令 2 年 6 月 6 日 □□幼稚園	有・無	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
申込児童と同居の家族について記入して下さい。		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	
同一世帯から2人以上の就学前児童が保育所、幼稚園、認定こども園等を利用している場合には、2人目以降の児童の保育料が軽減されます。必ず施設名を記入して下さい。		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	
個人番号は全ての方について記入して下さい。 ※申請者のみ番号確認書類を持参して下さい。		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	

家庭の状況	□ひとり親家庭 □夫婦別居 (別居先住所:) ☒ 左記以外
-------	---

生活保護の適用	☒ 適用無 □適用有 () ※ひとり親家庭の場合
---------	---

(有)	父	☒ 就労 □妊娠・出産 □疾病・障害 ☐ 就学 □その他 ()
	母	☒ 就労 □妊娠・出産 □疾病・障害 ☐ 就学 □その他 ()
無	こども園 (教育部分) の利用を希望する場合	

《支給認定期間》
原則、3歳以上の児童は小学校就学前 (3月31日) まで、3歳未満の児童は満3歳の誕生日前々日までですが、入所を希望する事由により異なります。
《利用希望期間》
令和8年度内 (R8.4.1~R9.3.31) で希望する期間を記入して下さい。
《利用希望時間》
保育希望時間を記入し、標準時間または短時間にチェックして下さい。
《利用希望施設》

③支給認定期間、利用を希望する期間・時間・施設

支給認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
利用希望期間	令和 8 年 4 月 1 日 から 令和 年 月 日 まで (令和8年度末)	
利用希望時間	7 時 30 分 から 18 時 30 分 まで (☒ 標準時間 □短時間)	
利用希望施設	第1希望 ○○保育園	希望理由 自宅から近いため 母の職場から近いため 父の職場から近いため
	第2希望 ▲▲保育園	
	第3希望 □□保育園	

受付印

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。 ○裏面も記入してください。

裏面も記入
してください!!

- * 申込児童の心身の状況について
 〔 何か気になることがあればご記入ください。（例：アレルギー等）
 ・ **卵アレルギーがあります。** ・ **特になし。**
 ・ **ぜんそくがあります。**
- * 第1希望から第3希望の施設への入所ができない場合
☒ 他施設の利用を希望 ☐ 他施設の利用は希望しない
- * 兄弟姉妹で同じ施設に入所できない場合
☒ 同じ施設のみ希望 ☐ 別々の施設でも構わない
- * 兄弟姉妹で同時に利用できない場合
☐ 上の子から希望 ☐ 下の子から希望 ☒ どちらからでもよい ☐ 希望しない

教育委員会が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村長（児童福祉事務所長）に世帯者を含む）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： **穴栗 太郎**

委託者情報		令和 7 年 11 月 1 日	
委託者 【申請者本人（保護者）】	住所	宮城県山崎町〇〇〇〇番地	
	氏名	宮城 太郎	
	生年月日	大正・昭和・平成 60 年 4 月 4 日	
私は、下記の者を代理人と定め、支給認定申請及び施設等利用申込に係る手続き並びに個人番号の提供について委任します。			
受任者 【代理人（同居家族以外）】	住所	宮城県山崎町中広瀬133番地	
	氏名	山崎 山子	
	生年月日	大正・昭和・平成 28 年 8 月 8 日	

身元確認 (提出者)	氏名	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 () ☐ 保険証 ☐ その他 () ※顔写真有：1点、顔写真無：2点	番号確認 (保護者)	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ その他 ()
	申請者本人・同居家族・代理人 ()			
※代理人の場合 ☐ 委任状			市確認者	

認定の可否		認定証番号	認定区分等
可・否	(否とする理由)		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 ☐ 標 ☐ 短

支給（入所）の可否		入所施設（事業者）名	支給（利用）期間			
可・否	（否とする理由）		自：令和	年	月	日
			至：令和	年	月	日

受 付 年 月 日	令和 年 月 日
施設（事業者）名	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約の有無	有（契約・内定 （令和 年 月 日契約（内定）） ・ 無