

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
現況届 兼 保育所等利用申込書

熊本県上益城郡嘉島町長 殿

下記の事項に同意のうえ、真正な書類を添付し、次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費等に利用を申し込みます。

- 1、支給認定及び利用料決定のために必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む）及び世帯情報を町が
- 2、決定した利用者負担額について、保育所等に対して提示すること
- 3、税資料を期限までに提出できないときは、基準額の最高階層にて決定されること
- 4、必要と認める際には、小学校、他の保育所等その他の機関に対して個人情報を提供すること

* 町で記載		
マイナンバー	身分証明	受付者

令和 年 月 日	代表保護者氏名				
申込児童	氏 名	生年月日	年 齢	性 別	障がい者手帳等の有無
	(ふりがな)	R 年 月 日生	*町で記載 歳児	男 ・ 女	有 ・ 無
保護者 住所・連絡先	(住 所) 嘉島町大字 (連絡先) 父 (携帯電話) 母 (携帯電話)				
転入 (転居) 予定	☐ あり (令和 年 月 日頃) ☐ なし		転入 (転居) 予定住所	〒	
祖父母との同居予定	☐ あり ☐ なし				

①利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名、希望する保育必要量

申請区分	☐ 新 規 ☐ 継 続 (在園先:) ☐ 転 園 (在園先:)	
希望の保育給付認定区分	令和 年 月 1 日より	☐ 就学前まで ☐ 令和 年 月 日まで
利用を希望する施設（事業者）名	希望する施設を最大5園記入してください。	第3希望
	第1希望	第4希望
	第2希望	第5希望
	☐ 記入した施設でのみの利用調整を希望する	
※入所選考は、第1希望の施設で行います。第2希望以降は選考後に案内する施設がある場合の参考といたします。		
兄弟姉妹がいる場合	☐ 希望順位よりも同じ施設での調整を優先する ☐ 個々の希望順位を優先する	
希望する保育必要量(2・3号の場合)	☐ 標準時間(月120時間以上就労等) ☐ 短時間(月48時間以上月120時間以下就労等)	

②保育の利用を必要とする理由等

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 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 育児休業 ☐ その他 () (具体的な状況(疾病・介護の状況など))	
	母	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 育児休業 ☐ その他 () (具体的な状況(疾病・介護の状況など))	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月・火・水・木・金・土・不定期	時から 時まで	

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

児童の氏名【 】

③世帯の状況（入所希望時点の情報を記入してください。）

区分	ふりがな 氏 名	児童との 続柄	生年月日	年齢	性別	勤務先又は 学校名等	障がい者手 帳等の有無	備考
保護者		父	年 月 日生		男・女		有・無	同居・別居
		母	年 月 日生		男・女		有・無	同居・別居
児童の世帯員			年 月 日生		男・女		有・無	同居・別居
			年 月 日生		男・女		有・無	同居・別居
			年 月 日生		男・女		有・無	同居・別居
			年 月 日生		男・女		有・無	同居・別居
			年 月 日生		男・女		有・無	同居・別居
同居の祖父母	※生計、居住区域が別の二世帯住宅である場合は、別居の祖父母欄に記入							
	ふりがな 氏 名	児童との 続柄	生年月日	年齢	現在の状況		障がい者手帳等 の有無	
		祖父	年 月 日生		☐ 就労（勤務先： ☐ 農業 ☐ 無職） ☐ 疾病・障がい ☐ 介護 ☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ その他（ ）		有・無	
		祖母	年 月 日生		☐ 就労（勤務先： ☐ 農業 ☐ 無職） ☐ 疾病・障がい ☐ 介護 ☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ その他（ ）		有・無	
家庭の状況 （保育料軽減の対象になる場合あり）		☐ 生活保護世帯 ☐ ひとり親家庭 ☐ 障がい児(者)を有する家庭 →要書類添付						

	【 父 方 】	【 母 方 】
別居の祖父母の状況	祖父氏名 (歳)	祖父氏名 (歳)
	就労 ・ 病気 ・ 無職 ・ 死別	就労 ・ 病気 ・ 無職 ・ 死別
	住所	住所
	祖母氏名 (歳)	祖母氏名 (歳)
	就労 ・ 病気 ・ 無職 ・ 死別	就労 ・ 病気 ・ 無職 ・ 死別
	住所	住所

④児童の健康状態について（気になることやあてはまるものに✓をつけてください。）

現在治療中の 病気・持病等	☐ なし ☐ あり【病名または症状】 園での投薬 ☐ 不要 ☐ 必要【薬の種類：】		
入院歴	☐ なし ☐ あり【病名：】 年 月頃		
発育状況等	・発育の遅れ ☐ なし ☐ あり 【 ・健診等での指摘 ☐ なし ☐ あり 【 ・食物アレルギー ☐ なし ☐ あり 【 ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ その他（ ）】 ・療育 ☐ 通っていない ☐ 通いたい ☐ 通っている		
児童の様子	☐ 常時走り回る（体の一部を常時動かす） ☐ 物を壊す、投げる ☐ 迷子になりやすい ☐ 自分の頭を叩いたり、床や壁に打ちつける ☐ 他人を叩く、押す、髪の毛を引っ張る ☐ 目が合わない（アイコンタクトがとれない） ☐ 熱性痙攣を起こしたことがある（ 年 月頃） ☐ その他（ご記入ください） 例：よく転ぶ、こだわりが強い 等		