令和9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

	氏　名	生年月日	年　齢	性　別	障がい者 手帳等の有無
申込児童	（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

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	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　□農業　□無職 （勤務先：　　） □疾病・障がい　□介護　□死別　□離婚 □その他（　　）	有 ・ 無
	祖母	年　月　日生		□就労　□農業　□無職 （勤務先：　　） □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

別居の祖父母の状況	【　父　方　】	【　母　方　】
	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