

幼稚園・保育所利用申請書兼保育児童台帳
（施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定）

記入例
（幼稚園）

令和6年9月〇〇日

川越町長 様

次のとおり、幼稚園・保育所の利用及び施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請児童	（ふりがな）氏名	生年月日 ※年齢は令和7年4月1日現在	性別	保護者との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	かわごえ じろう	令和3年5月4日生 （3歳10月）	男・女	二男	
	川越 二郎	平成3年10月1日生	電話（自宅）	059-366-7130	
	川越 太郎	（住所） 川越町大字豊田一色280番地 川越マンション101号	電話（携帯） （緊急時）	父）090-XXXX-XXXX 母）090-0000-0000	
直近の1月1日時点の住所	川越町内・町外				
保育の希望の有無	有	保護者の労働、疾病等の理由により、保育所等を利用する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。）			
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）			

原則、同居の者。
父親が単身赴任等で別居の場合は、母親等。

緊急時に連絡がつくよう、2ヶ所以上ご記入ください。

①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記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就労困難・DV ☐ 育児休業 ☐ その他 具体的な状況（勤務状況、健康の状況等）その他の状況	

記入不要

②児童の状況と就学前の兄弟の状況について

児童の状況及び現況	☒ アレルギー 無・有（生卵）	
	☒ 身体・療育・精神障害者手帳 無・有（肢体不自由（下肢）7級）	
児童の兄弟姉妹（多胎児を含む。）の状況	☒ 特別児童扶養手当対象児童 無・有（令和4年10月1日認定）	
	☒ 健診時の指摘事項 無・有（心臓音）	
児童の兄弟姉妹（多胎児を含む。）の状況	☐ 幼稚園・保育所 在籍中（施設名：）	
	☒ 家で保育（父、母、祖父、祖母、親族）、 ☐ 育児休業中（年 月 日）	
児童の兄弟姉妹（多胎児を含む。）の状況	☒ 幼稚園・保育所 在籍中・申請中（児童名：川越 さくら施設名：中部保育所）	
	☐ 幼稚園・保育所 在籍中・申請中（児童名：施設名：）	

有に該当する場合は、その事実を証明できるものをご持参ください。
・身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・特別児童扶養手当受給者証 等

③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7年 4月 1日から ☐ 年 月 日まで ☒ 小学校就学前まで
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由
	第1希望 ○○幼稚園 （希望理由） 幼児教育を受けさせたいため。
	第2希望 （希望理由） 他、「きょうだい利用しているため」等
希望する利用時	利用曜日
	月・火・水・木・金・土・日
希望する利用時	利用時間
	分から 時 分まで

記入不要

（表面）

④世帯の状況（申請児童以外の世帯員をご記入ください。）

両親のみ「同居」・「別居」を記入。他は本人以外の同居の者を記入。父もしくは母が離別や死別している場合は記入不要。

のみ「同居・」を記入。 本人以外の同者を記入。 くは母が離別している場合不要。		状況 利用の有無		□ひとり親家庭 ・ ☒ 左記以外		
(がな) 氏名		児童との続柄	適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)			
			ひとり親家庭に該当する場合は、その事実を証明できるものをご持参ください。 ・ひとり親家庭等福祉医療費受給資格証 ・児童扶養手当受給者証 等			障害者手帳等の有無 (※)
児童の世帯員 (保護者含む。)	かわごえ たろう 川越 太郎 (同居)	父	平成3年10月1日生	男・女	川越商事	有 ・ ☒ 無
	かわごえ はなこ 川越 花子 (同居)	母	平成5年4月29日生	男・ ☒ 女	かわごえスーパー	有 ・ ☒ 無
	かわごえ いちろう 川越 一郎	兄	平成27年5月3日生	☒ 男・女	川越北小学校3年	有 ・ ☒ 無
	かわごえ 川越 さくら	妹	平成30年5月5日生	男・ ☒ 女	中部保育所	有 ・ ☒ 無
	あさひ きくじろう 朝日 菊次郎	祖父	昭和38年11月3日生	☒ 男・女	無職	☒ 有 ・ 無
	あさひ 朝日 ゆり	祖母	昭和41年8月11日生	男・ ☒ 女	川越銀行川越支店	・ ☒ 無

申請児童以外の同居の者を記入。

（※）障害者手帳等の有無欄で次に該当する方は「有」に該当しない方は「無」に○印をお願いします。
・身体障害者手帳の交付を受けている方
・療育手帳の交付を受けている方
・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方
・特別児童扶養手当の支給対象となっている方
・国民年金の障害基礎年金を受給されている方

有に該当する場合は、その事実を証明できるものをご持参ください。
・身体障害者手帳 ・療育手帳
・精神障害者保健福祉手帳
・特別児童扶養手当受給者証
・障害基礎年金証書 等

⑤祖父母の状況

	同居・別居	氏名	年齢	住所（同居の場合は記入不要）	職業
父方	同居 ☒ 別居 その他	川越 梅次郎	58	四日市市諏訪町1-5	会社員
	同居 ☒ 別居 その他	川越 もも	59	〃	パート
母方	同居 ☒ 別居 ・ その他	朝日 菊次郎	61		無職
	同居 ☒ 別居 ・ その他	朝日 ゆり	58	同居の場合は、住所の記入不要。	会社員

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄

川越町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること、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 **川越 太郎**

*町記載欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 （否とする理由） 年 月 日認定		1号・2号・3号 （標・短）
支給（利用）の可否	支給（利用）期間	
可・否 （否とする理由）	自 年 月 日	
	至 年 月 日	
利用施設（事業者）名		
幼稚園 ・ 保育所（園）		
備考		

（裏面）