

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支給認定申請書）

年 月 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支給認定を申請します。

申請児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日 ※年齢は令和2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
		年 月 日生 (歳 月)	男・女		
保護者	印	年 月 日生	電話(自宅)		
	(住所) 川越町大字		電話(携帯) (緊急時)		
平成31年1月1日 現在の住所	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、保育所等において保育の利用を希望する場合（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。）			

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
			<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、勤務時間、疾病の状況等）その他の内容を記入
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、勤務時間、疾病の状況等）その他の内容を記入	

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	<input type="checkbox"/> アレルギー 無・有 ()
	<input type="checkbox"/> 身体・療育・精神障害者手帳 無・有 ()
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当対象児童 無・有 ()
	<input type="checkbox"/> 健診時の指摘事項 無・有 ()
児童の兄弟姉妹 (多胎児を含む。)の状況	<input type="checkbox"/> 幼稚園・保育所 在籍中(施設名:)
	<input type="checkbox"/> 家で保育(父、母、祖父、祖母、親族)、その他()
	<input type="checkbox"/> 育児休業中(年 月 日まで)
児童の兄弟姉妹 (多胎児を含む。)の状況	<input type="checkbox"/> 幼稚園・保育所 在籍中・申請中(児童名: 施設名:)
	<input type="checkbox"/> 幼稚園・保育所 在籍中・申請中(児童名: 施設名:)
	<input type="checkbox"/> 幼稚園・保育所 在籍中・申請中(児童名: 施設名:)

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	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 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	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
希望する利用時	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで

④世帯の状況（申請児童以外の世帯員をご記入ください。）

家庭の状況		□ひとり親家庭 ・ □左記以外				
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り（ 年 月 日保護開始）				
区分	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先 又は 学校名・学年等	障害者手帳等の有無(※)
児童の世帯員 (保護者含む。)			年 月 日生	男・女		有 ・ 無
			年 月 日生	男・女		有 ・ 無
			年 月 日生	男・女		有 ・ 無
			年 月 日生	男・女		有 ・ 無
			年 月 日生	男・女		有 ・ 無
			年 月 日生	男・女		有 ・ 無

- (※) 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

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	祖父	同居・別居・その他				
	祖母	同居・別居・その他				
母方	祖父	同居・別居・その他				
	祖母	同居・別居・その他				

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支給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 _____ 印

*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		
川越町立川越幼稚園 ・ 保育所(園)		
備考		

(裏面)