記入漏れのないように

（　　関係）

現　況　届　兼　施設利用申込書

押印不要

〇〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名　〇〇　〇〇

琴浦町長　　様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る現況を届け出ます。また、琴浦町が施設型給付・地域型保育給付費等に必要な住民税の情報（同一世帯を含む）及び世帯情報を閲覧すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

	氏　　名	生年月日 ※年齢は R9.4.1	性別	障害者手帳の有無
申請に係る小学校就学前子ども	（ふりがな）　ことうら　じろう 琴浦　二郎 個人番号：××××××××××××	令和3年5月5日生 （5歳）	（男）・女	有・（無）
	☐第１子　　☑第２子　　☐第３子（第　　子）			
保護者 住所・連絡先	（住所）琴浦町大字〇〇〇〇〇 （連絡先）**連絡の取れる電話番号を記載してください**			
	＊＊＊＊＊＊　　※既に支給認定を受けている			
	（有）：　保護者の労働又は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）			

当該児童が世帯の何番目の子どもかをチェック（記入）してください。保育料軽減の判断基準となります。

該当するものに〇をしてください。

・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。（以下同じ）
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
・「有」を〇で囲んだ場合は（

世帯分離した親族を含む、同居している親族全員を記入してください。

①世帯の状況（申込児童本人　　分離の親族を含む。）

区分	氏　　名	との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	障害者手帳の有無	前（当）年度分市町村民税課税の有無
児童の世帯員（同居親族	（ふりがな）ことうら　たろう 琴浦　太郎	父	昭和60年1月1日生	（男）・女	㈱〇〇産業	有・（無）	（有）・無
	（ふりがな）ことうら　はなこ 琴浦　花子	母	昭和62年2月2日生	男・（女）	〇〇商会	有・（無）	（有）・無
	（ふりがな）ことうら　いちろう 琴浦　一郎	兄	平成26年4月4日生	（男）・女	〇〇小学校	有・（無）	有・（無）
	（ふりがな）ことうら　よしお 琴浦　義男	祖父	昭和30年6月6日生	（男）・女	農　業	有・（無）	（有）・無
	（ふりがな）ことうら　うめこ 琴浦　梅子	祖母	昭和31年7月7日生	男・（女）	無　職	有・（無）	有・（無）
	（ふりがな）		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
			年　月　日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無			（適用無し）　・　適用有り				

該当に〇（記入）してください。

令和（和暦）にて期間での記入をしてください。
（原則、該当年度末までの記載となります。）

②利用を希望する期間、希望する施設（事業所）名

利用希望期間	令和９年　４月　１日　から　令和１０年　３月３１日　まで		
利用を希望する施設（事業所）名	施設（事業所）名・希望理由		
	第１希望　〇〇こども園　（理由）　自宅から近いため		
	第２希望　〇〇保育園　（理由）　職場に近いため		
	第３希望　（理由）		

記入してください。

〇　「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。＊印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
〇　字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③保育の利用を必要

保護者の続柄を記入してください。

	続柄	必要とする理由
保育の利用を必要とする理由	父	☑就労 ☐妊娠･出産 ☐疾病･障害 ☐介護等 ☐求職活動 ☐就学 ☐その他（ （具体的な状況（勤務先、就労時間 ・日
	母	☑就労 ☐妊娠･出産 ☐疾病･障害 ☐介護 ☐就学 ☐その他（ （具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など））
家庭の状況		☐ひとり親家庭 ・ ☑左記以外
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月曜日から 金曜日まで	8 時から 18 時まで
希望する保育必要量	☑ 保育標準時間（11 時間） ・ ☐ 保育短時間（8 時間）	

保育の必要とする理由をチェックしてください。理由ごとに添付書類が必要となります。

該当にチェックしてください。

希望する内容を記入・チェックしてください

※ 世帯員の居住地について

前年、当年の１月１日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 （ ☐有 ・ ☑無 ）

（対象となる世帯員の氏名・当時の居住地）

該当をチェックしてください。有の場合は、該当の世帯員と当時の居住地を記入してください。
※単身赴任など琴浦町に住所がない場合は、左頁の世帯員にマイナンバーを記載してください。

＊琴浦町記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		認定者番号	認定区分等
可・否 （否とする理由） 平成 年 月 日認定			☐１号 ☐２号 ☐３号 （☐標 ☐短）
支			
可・否 （否とす ☐ 施設型 ☐地域			日 日
☐認定こども園（☐連 ☐幼稚園 ☐保育所 ☐地域型（☐小 ☐家 ☐居 ☐事） ☐第一希望し節度同施設			
備 考			

訂正する場合は二重線で消し、余白に記載してください。

例： ~~○○○~~ △△△

＊（施設（事業所）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業所）名	（事業所番号： ）
担当者氏名連絡先	（担当者） （連絡先）
入所契約（内定）の有無	有（ 契約・内定 （令和 年 月 日契約（内定）） ・ 無
備 考	