

いの町長様 令和5年度幼稚園・保育園・認定こども園利用希望申込書

受付印

(兼 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書)

ふりがな 入園児童名 いの はなこ <b>伊野 花子</b>	平・令 1年 5月 1日生 マイナンバー記入欄 ※新規申込者のみ ○○○○○○○○○○○○○	性別 男・女 <b>女</b>	令和5年4月1日 の年齢 <b>3 歳</b> (11カ月)	第 2 子	
保育の希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(保護者の就労・疾病等の理由により保育園で保育の利用を希望する場合) <input type="checkbox"/> 無(幼稚園の利用を希望する場合)				

※「有」の場合は裏面にも記入してください

氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先 (学校名・保育園名)	マイナンバー記入欄 ※新規申込者のみ
いの たろう <b>伊野 太郎</b>	父	昭・平・令 61年 10月 1日	男・女 <b>男</b>	〇〇株式会社	○○○○○○○○○○○○○
いの よしこ <b>伊野 良子</b>	母	昭・平・令 61年 1月 12日	男・女 <b>女</b>	△△株式会社	○○○○○○○○○○○○○
いの いちろう <b>伊野 一郎</b>	兄	昭・平・令 26年 6月 5日	男・女 <b>男</b>	伊野小学校	○○○○○○○○○○○○○
いの ごろう <b>伊野 五郎</b>	祖父	昭・平・令 30年 11月 25日	男・女 <b>男</b>	農 業	○○○○○○○○○○○○○
		昭・平・令 年 月 日	男・女		
		昭・平・令 年 月 日	男・女		

ひとり親世帯	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 無	身体障害者手帳・療育手帳	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 無	生活保護受給	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 無	特別児童扶養手当受給	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 無
--------	--	--------------	--	--------	--	------------	--

利用希望園	第1希望	〇〇保育園	(希望理由) 家から近いため	入園希望期間 令和 5年 4月 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 小学校入学まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
	第2希望	認定こども園〇〇	(希望理由) 通勤途中であるため	
	第3希望		(希望理由)	

以下の項目について同意したうえで、施設型給付費・地域型施設給付費に係る支給認定申請及び幼稚園・保育園・認定こども園の利用希望を申し込みます。

なお、各項目左側□欄への✓(チェック)をもって同意したものとします。

【同意事項】

- 入園申込案内の内容を確認した上で申し込みを行います。
- 私の家庭状況やその課税状況、並びに就労状況について、いの町が調査することに同意します。
- 虚偽の記載や不正な書類があった場合、入所取り消しや退所処分をされても異議はありません。
- 保育料については納付に関する督促状発送後、10日以内に納付がない場合は、児童手当から滞納保育料を徴収されても異議ありません。

保 護 者	住所	いの町1700-1		自 宅 電話番号	893 - 〇〇〇〇
	氏名	父	伊野 太郎	携帯番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		母	伊野 良子		090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

令和4年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> いの町 <input type="checkbox"/> いの町外	令和5年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> いの町 <input type="checkbox"/> いの町外
---------------	---	---------------	---

保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( )	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他( )	
保育希望時間	午前 <b>8 時 30 分</b> ～午後 <b>5 時 00 分</b>		保育必要量 <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間認定 <input type="checkbox"/> 短時間認定

申請児の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅保育 <input type="checkbox"/> 勤務先で保育 <input type="checkbox"/> 通園中( ) <input type="checkbox"/> 個人・施設に預けている (預け先: ) <input type="checkbox"/> その他( )	健康状態	心身障害	備考
		病名・アレルギー名	(病名・症状)	
		<b>良 好</b>	(相談機関等)	

保育希望理由		父 親 の 状 況	母 親 の 状 況
就 労	勤務先名	<b>〇〇株式会社</b>	<b>△△株式会社</b>
	勤務先住所	<b>いの町〇〇番地</b>	<b>いの町△△番地</b>
	業 種	<b>建設業</b>	<b>サービス業</b>
	通 勤 時 間	時間 分 / 現場(より)変動	時間 <b>20 分</b> / 現場により変動
疾病・障害	病名・障害名		
	事由発生時期	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	等 級	級	級
	入院・通院	<input type="checkbox"/> 入院 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 通院 週 回	<input type="checkbox"/> 入院 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 通院 週 回
看護・介護	要看護・介護者名	(続柄 )	(続柄 )
	病名・障害名		
	等 級	級	級
	看護・介護状況	<input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 通院(週 回) <input type="checkbox"/> 自宅介護 (寝たきり・重度障害・その他)	<input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 通院(週 回) <input type="checkbox"/> 自宅介護 (寝たきり・重度障害・その他)
出 産	予 定 日		令和 年 月 日
産休・育休	取得期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 取得予定	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 取得予定
求 職	退職日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	就職活動開始日	令和 年 月 日予定	令和 年 月 日予定
就 学	就学先名		
	就学日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
	就学方法	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> その他( )
その他		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( )

氏 名		状 況			
父方祖父	<b>伊野 五郎</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 不明
父方祖母	<b>伊野 和子</b>	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 不明
母方祖父	<b>本川 正夫</b>	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 不明
母方祖母	<b>本川 広子</b>	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 不明