

# 令和8年度 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(兼) 保育所入所申込書(兼)保育児童台帳(兼)同意書

令和 年 月 日

保護者氏名

尾花沢市長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請するとともに、裏面⑤の内容について同意いたします。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
保護者 住所・連絡先 ・生年月日	(住所) (生年月日)				令和8年4月1日時点でのお子さんの年齢
	(電話番号) (連絡先電話番号)				歳
転入日 (転入者のみ)	令和 年 月 日 (※令和7年1月2日以降に尾花沢市に転入した方は記入して下さい。)				
保育の希望 の有無(*1)	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)				

(\*1) ・ 「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。  
・ 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

## ①保育の利用を必要とする理由等

※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

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(育児休業含む) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 就労(育児休業含む) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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"/> その他( )	

## ②申請児童の情報

健康状況 (該当番号に○)	1. 異常なし 2. アトピー 3. アレルギー( ) 4. ぜんそく 5. てんかん 6. その他( )
障害者手帳等の情報	無・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
その他特記事項	無・有( )

## ③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当(□ひとり親世帯等 □在宅障害児のいる世帯)							
生活保護の適用の有無	非該当・該当( 年 月 日保護開始)							
区分	氏名	生年月日	性別	児童と の続柄	多子軽減 計算対象 施設(*2)	職業又は 学校名・学年等	備考	個人番号 (マイナンバー) ※保護者のみ
児童 の 世 帯 員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象			

(\*2)多子軽減計算対象施設欄については、市町村記載欄のため、申請時に記入は不要です。

(表面)

#### ④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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
希望する利用曜日・時間・ 保育の必要量 (*3)	利用曜日	利用時間	保育の必要量
	曜日から 曜日まで	時 分 から 時 分 まで	標準時間 ・ 短時間
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由 (*4)		
	第1希望	(希望理由)	事業所番号(*5)
	第2希望	(希望理由)	事業所番号(*5)
	第3希望	(希望理由)	事業所番号(*5)

(\*3) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。保育の必要量：短時間は8:30~16:30を基本とします。

(\*4) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

(\*5) 市町村記載欄のため、申請時に記入は不要です。

#### ⑤税情報等の提供に当たっての同意確認事項

保育施設への入所申込みについて、以下について同意します。
1. 尾花沢市が施設型給付費・地域型保育給付費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。
2. その情報に基づき決定した保育料（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。
3. 保育料（利用者負担額）について未納が生じた場合には、現年度分の児童手当から徴収すること。

\* 施設記載欄（幼稚園等を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設（事業者）名	(施設・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	

\* 市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定の可否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
可・否 (否とする理由)	支給（入所）の可否	支給（利用）期間 自 令和 年 月 日
〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕		至 令和 年 月 日
入所施設（事業者）名		
〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼） <input type="checkbox"/> 地（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保）） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）〕		
保育料（利用者負担額） 階層	円（ ）	備 考

(裏面)