

令和7年度 保育所・幼稚園 利用申請書
(施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 施設利用申請書)

令和 年 月 日

西原村長 様

申請児童名	氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	個人番号	年 月 日		有 ・ 無
住所 連絡先	(住所) 熊本県 阿蘇郡 西原村 大字			
	(連絡先) 自宅: 父携帯: 母携帯:			
保育の希望の有無	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)			

※「保育所等」とは、保育所、認定子ども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問保育、事業所内保育を含みます。
※「幼稚園等」とは、幼稚園、認定子ども園（教育部分）をいいます。
※「有」を○で囲んだ場合は、①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①～②及び④・⑤に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

※申請児童本人以外の同居している親族等の全員を記入してください。

区分	氏 名	子どもとの続柄	生年月日	性別	障害者手帳の有無	勤務先又は学校名等
子どもの世帯員	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
	個人番号		年 月 日		有 ・ 無 □ 申請中	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (保護開始)				

※本人もしくは世帯員の中に障害者手帳をお持ちの場合は手帳の写しを添付してください。

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用を希望する施設(事業者)名	施設名
	第1希望 :
	第2希望 :
	第3希望 :

③保育の利用を必要とする理由等

※保育所等を利用希望する場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		備考
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 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))		
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 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))		
希望する必要量	☐ 標準時間	保護者のいずれも月所定労働時間が 120時間以上	☐ 短時間	保護者のいずれかの月所定労働時間が 48時間以上120時間未満
	※標準時間希望で提出された場合でも、就労証明書等により、短時間での認定になる場合があります。			
家庭の状況	☐ ひとり親家庭（児童扶養手当受給 ☐ 有 ☐ 無） ☐ 育休取得後に職場復帰予定 ☐ 現在、別の保育所を利用している ☐ （父・母）が単身赴任中（国内・国外）単身赴任期間（ 年 月 ～ 年 月頃まで） ☐ それ以外			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	月・火・水・木・金・土		： ～ ： まで	

④入所選考にあたり、考慮してほしい事項があれば記入してください。

--

⑤署名欄

① この申請に際し、提出した全ての関係文書に虚偽の記載等は有りません。 提出した書類に虚偽の記載があることが発覚した場合は、認定内容の変更及び取り消し、利用施設からの退所などの処置を取られても異議申し立ては行いません。 ② 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を利用施設に対して提示することに同意します。 ③ 結婚、離婚、出産、再婚、退職、産前産後休暇・育児休暇の取得等の家庭状況に変化があったときは所定の用紙により速やかに届出いたします。 ④ 求職活動中で入所した場合は、3ヶ月以内に就労証明書を提出いたします。 ⑤ 保育料の未納が3ヵ月以上となった場合は、保護者の同意を必要とせず、児童手当で支給される手当額を保育料へ充当します。
年 月 日
保護者氏名
印

*施設記載欄（施設（事業者）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（事業者）名	
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(年 月 日契約(内定)))
備考	