

教育・保育給付認定申請書（新規・変更）
兼 令和8年度 保育所入所申込書（保育児童台帳）

令和 年 月 日

保護者代表氏名

志賀町長 あて □次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。
施設・事業所長 あて □次のとおり、入所を申し込みます。

申請児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	年齢 (R8. 4. 1現在)	保護者との続柄	障害者手帳 療育手帳の 有無
		令和 年 月 日	男・女			有・無
個人番号	(12桁)	認定者番号	※施設記入			
保護者 住所・連絡先	〒	父携帯				
	自宅電話 ()	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、保育園等において保育の利用を希望する場合				→ ①～④を記入
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育園等と併願の場合を除く）				→ ②～④を記入

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の利用を希望する場合は記入して下さい。

続柄	必要とする理由 (該当する全ての□にチェック(☑)してください)	備考
保護者	父・母 □就労 □妊娠・出産 □疾病・障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □虐待やDVのおそれ □育休取得中で保育利用中の子ども □その他 ()	□志賀町在住 □2年以内に志賀町へ転入→転入日 () □町外在住
	その他 () 具体的な状況（勤務先、出産予定日や疾病の状況など）	
保護者	父・母 □就労 □妊娠・出産 □疾病・障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □虐待やDVのおそれ □育休取得中で保育利用中の子ども □その他 ()	□志賀町在住 □2年以内に志賀町へ転入→転入日 () □町外在住
	その他 () 具体的な状況（勤務先、出産予定日や疾病の状況など）	

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

実施を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
利用を希望する期間	□小学校就学の始期に達するまで □令和 年 月 日まで
希望する 利用曜日・時間	利用曜日
	平日・土曜・日曜
希望する保育の量	利用時間
	時 分から 時 分まで
希望する保育の量	保育標準時間 ・ 保育短時間 ※保育の利用を希望する場合は記入して下さい。
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名
	第1希望
	第2希望

※裏面に続く

③世帯の状況

区分	氏名 (個人番号12桁)	児童との続柄	生年月日	年齢 (R8. 4. 1現在)	性別	勤務先又は 学校名等	備考
児童の 世帯員	()		大・昭・平・令 年 月 日		男・女		
	()		大・昭・平・令 年 月 日		男・女		
	()		大・昭・平・令 年 月 日		男・女		
	()		大・昭・平・令 年 月 日		男・女		
	()		大・昭・平・令 年 月 日		男・女		
	()		大・昭・平・令 年 月 日		男・女		
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)					
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外					

④個人情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な町民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、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。

保護者代表氏名

※認定事由に変更が生じた場合は、速やかに支給認定証を添付して、変更申請をしてください。正当な理由なく変更の申請を行わない場合は、子ども・子育て支援法第24条により取消となる事があります。

----- 下記の欄は記入しないでください。 -----

*マイナンバー確認欄

番号確認	本人確認（1点）	本人確認（2点）	申請者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 個人番号通知書 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 (面談識別・)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書・手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> その他 ()

*施設記載欄（施設を経由して町に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日	人保育
施設（事業者）名	担当者名	
入所内定の有無	有（契約・内定（令和 年 月 日契約（内定））） ・ 無	

*町記載欄

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
可・否	令和 年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給（入所）の可否 (否とする理由)		支給（利用）期間
可・否	(<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)	自：令和 年 月 日 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"/> 幼保連携型 <input type="checkbox"/> 幼稚園型 <input type="checkbox"/> 保育所型 <input type="checkbox"/> 地方裁量型) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> 家庭的 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 居宅訪問)		
備考		