様式第1号−1
（子ども・子育て支援法施行細則第3条関係）
（庄原市保育所設置及び管理条例施行規則第6条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書
兼　保育所等利用申請書

庄 原 市 長　様

※施設型給付・地域型保育給付の支給認定及び子どものための教育・保育給付の支給に係る特定教育・保育施設等の利用申請に際して、市長が、利用料の算定に必要な申請者及び同居する親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります（子ども・子育て支援法第16条による）。

※この申請に記入されている事項の中で、利用調整及び教育・保育の運営上必要と認められる情報を施設・事業者に提供することがあります。

※施設型給付費、地域型保育給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。

※4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、締切日までに提出された支給認定については、2月までに認定します。なお、既に認定を受けられている方が申請をした場合、認定書は交付しません。

※申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

※公立保育所に入所する児童は、庄原市指定の災害傷害給付制度に加入します。掛金は庄原市が負担します。

以上のことに同意の上、次のとおり施設型給付・地域型保育給付の支給認定の申請及び特定教育・保育施設等の利用を申請します。

申請日　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	連絡先①	父・母（携帯・職場）・自宅・その他
保護者氏名		個人番号		連絡先②	父・母（携帯・職場）・自宅・その他
保護者住所	（〒　　−　　） 庄原市　　町			連絡先③	父・母（携帯・職場）・自宅・その他

※すでに兄弟姉妹を申請されている場合は、その申請者を保護者氏名欄に記入してください。

フリガナ		性別	男 ・ 女	続柄		生年月日	年　月　日 （　　歳）
申請児童名	（第　　子）						
個人番号							

※令和9年4月1日時点の年齢を記入してください。

申請区分	1号認定（教育認定）	2号・3号認定（保育認定）	
利用時間の区分の希望※1	□ 教育標準時間利用（5時間） （9:00～14:00）	□ 保育標準時間利用（11時間） （7:30～18:30）	□ 保育短時間利用（8時間） （8:30～16:30）
利用開始希望日（支給認定希望日）	□ 4月1日 □　　年　　月　　日から	終了（希望）日	□ 小学校就学まで □ その他（　　年　　月　　日）
利用希望時間※2	平　日　　時　　分 から　　時　　分 まで		
	土曜日　　時　　分 から　　時　　分 まで		

※1　2号・3号認定の利用時間の区分は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準に照らし合わせ、最終的に庄原市が決定します。
　　よって、区分は希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※2　通勤時間を含んだ保育希望時間を記入してください。

【利用希望施設】

希望優先順位	希望施設・事業名※	希望優先順位	希望施設・事業名※
第 1 希望		第 3 希望	
第 2 希望		第 4 希望	

※　希望施設・事業名は正確に記入してください。

※庄原市記入欄

受付	入力	結果	備考	支所受付印	本庁受付印

【家庭の状況】

入所児童の保護者と兄弟姉妹(別居も含む)、及び同居している親族全員について記入してください。

区分	フリガナ 氏　名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先 又は 学校名等	同居・別居の別	障害者手帳等
申請児童の同居者			年　月　日	歳		同・別	□有
			年　月　日	歳		同・別	□有
			年　月　日	歳		同・別	□有
			年　月　日	歳		同・別	□有
			年　月　日	歳		同・別	□有
			年　月　日	歳		同・別	□有
			年　月　日	歳		同・別	□有

【祖父母の状況】

		氏名	傷病	就労	申請児童との同居・別居、住所	
父方	祖父		有・無	有・無	同・別	市・区 町・村
	祖母		有・無	有・無	同・別	市・区 町・村
母方	祖父		有・無	有・無	同・別	市・区 町・村
	祖母		有・無	有・無	同・別	市・区 町・村

※同居の場合は住所の記入を省略できます。

該当に☑し、記入してください。

① 共通事項	ひとり親の場合	□ 離婚(　　年　月)　□ 死別(　　年　月)　□ 未婚 □ 別居(　　年　月　日(頃)から【調停　□無　□有　《証明書　□無　□有》】
	生活保護法の適用	□ 無　□有 (担当者:　　/　　年　月　日保護開始・廃止)
② 2・3号認定申請のみ		□ 生計中心者の失業により、就労の必要性が高い □ 虐待やDVのおそれがある場合など、社会的養護が必要 □ 子どもが障害を有する □ 育児休業明け □ 兄弟姉妹が同一の保育所等の利用を希望する □ 小規模保育事業などの卒園児童 □ その他(　　)

※代理人が提出する場合、記入してください。

年　月　日

委 任 状

庄原市長　様

(本　人)氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は下記の者を代理人と認め、この申請書に記載の個人番号を貴市に提供することを委任します。

(代理人)氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書　補助票

【保育を必要とする状況】

令和8年1月1日現在の住所地		□ 市内　□ 市外(　　)
保育が必要な事由	父	□ 就労　□ 疾病・障害　□ 介護　□ 通学　□ 求職中　□ 災害復旧
	母	□ 就労　□ 疾病・障害　□ 介護　□ 通学　□ 求職中　□妊娠・出産　□ 災害復旧
(就労等の場合)自宅から勤務先等までの時間	父	平均 約　　時間　　分〔□自家用車 □自転車 □バス □徒歩 □その他(　　)〕
	母	平均 約　　時間　　分〔□自家用車 □自転車 □バス □徒歩 □その他(　　)〕

【申請児童の状況】

申請時点の保育の状況	□ 自宅で見ている	⇒ □ 父　□ 母 □ その他 保育者名:　　児童との続柄:
	□ 自宅外に預けている	⇒ □ 保育所　□ 認定こども園　□ 小規模保育事業 □ 幼稚園　□ 事業所内保育所　□ 認可外保育所 □ 一時保育(週　日)　□ 親族(続柄　　年齢 □ その他(　　)
	□ 職場で保育している	⇒ □ 自宅(職場と同じ場所) □ 店舗内 □ 休憩室 □ その他
	□ その他 (　　)	
身体状況等	健診の受診	□ 無 □ 有 (乳児健診・1歳半健診・2歳歯科健診・3歳健診)
	健診時の指摘事項、その他発達上の心配事や定期的な通院等	□ 無 □ 有(内容:　　)
	障害者手帳の交付	□ 無 □ 有(障害名　　等級:　　)
	療育手帳の交付	□ 無 □ 有(Ⓐ ・ A ・ Ⓑ ・ B)
	市役所保健師等への相談	□ 無 □ 有(内容:　　)
	専門機関への相談※	□ 無 □ 有(内容:　　)
	アレルギー等	□ 無 □ 有(内容:　　)
再度利用申請	申請児童の弟、妹の育児休暇のため庄原市内の施設事業を退所したことがありますか。 □ 無 □ 有(施設の種類 ⇒ □ 保育所 □ 小規模保育事業 □ その他(　　)	

※専門機関とは、療育センターや病院、県こども家庭センター等のことです。

【兄弟姉妹の同時利用申請】

該当に☑し、記入してください。

兄弟姉妹で利用を希望する場合の意向	①兄弟姉妹とも利用できる場合 □同じ施設・事業を利用できないときは利用申請を辞退します。 □希望順位より同じ施設・事業の利用を優先してほしい。 □別々の施設・事業でもよいので希望順位の高い施設にしてほしい。
	②兄弟姉妹のいずれかしか利用できない場合 □一部の子どもの利用の場合は利用申請を辞退します。 □どの子どもが先の利用で構わない。 □【児童名:　　】が先の利用でないと希望しない。

【利用開始希望日に利用できなかったときの予定】

該当に☑し、記入してください。

□ その他の施設・事業を利用する (□ 幼稚園 □ 認定こども園(幼稚園部分) □ 認可外保育施設 □ 事業所内保育事業(従業員枠)	
□ 待機	□ 育児休暇延長
	□ 職場で保育する　⇒　□ 自宅(職場と同じ場所) □ 店舗内 □ 休憩室 □ その他
	□ 親族が保育(保育予定者:　　)
□ 今回の利用申請を取り下げる	
□ その他(　　)	

2号3号認定理由申立書

・該当する保育を必要とする事由欄から、保育を必要とすることを証明する書類が整っていることを確認し、状況についてご記入ください
・該当する項目が複数ある場合には、総ての項目に記入が必要です。
・父、母すべての申し立てが必要です。なお、父母以外の方が保護者の場合についても申し立てが必要です。
・必要書類の欄については、該当する□にチェック(☑)してください。

保育を必要とする事由		必要書類 ※提出書類の確認をお願いします。		【父・母　　様】の状況	【父・母　　様】の状況
就労中の方		□ 就労証明書	就労形態	□ 常勤・□ パート・□ アルバイト □ 派遣・□ 内職　・□ 自営	□ 常勤・□ パート・□ アルバイト □ 派遣・□ 内職　・□ 自営
			勤務(予定)先名		
病気・障害のある方	病気	□ 診断書 ※保育が困難なことが記載されたもの	傷害名又は障害名		
			手帳の有無	□無・□有(　　手帳　　級)	□無・□有(　　手帳　　級)
			状況	□ 入院・□ 通院・□ 自宅療養	□ 入院・□ 通院・□ 自宅療養
			入院の期間	年　月　日から　年　月　日	年　月　日から　年　月　日
	障害	□ 身体障害者手帳等の写し ※身体障害者手帳等の番号・本人欄・障害名が確認できる部分の写し	通院の期間・日数	年　月　日から　年　月　日	年　月　日から　年　月　日
				月　日・週　日　(平均を記入)	月　日・週　日　(平均を記入)
			生活の制限	□ 無・□ 有	□ 無・□ 有
			制限の内容(具体的に)		
介護の方	障害児・者、病人の介護	□ 介護・看護申立書	被介護者名		
			生年月日	明/大/昭/平/令　年　月　日	明/大/昭/平/令　年　月　日
			児童との続柄		
			同居の有無	□ 同居・□ 別居	□ 同居・□ 別居
			住所	※別居の場合のみ記入	※別居の場合のみ記入
			病名・障害名		
			介護保険の利用	□ 無・□ 有(要介護度　・要支援　)	□ 無・□ 有(要介護度　・要支援　)
			手帳の有無	□ 無・□ 有(　　手帳　　級)	□ 無・□ 有(　　手帳　　級)
			介護内容	□ 自宅介護 □ 通院付添 □ 通院付添 □ 施設通所付添 □ その他(　　)	□ 自宅介護 □ 通院付添 □ 通院付添 □ 施設通所付添 □ その他(　　)
就学の方		□ 就学申立書 □ 在学証明書	学校名		
			所在地		
			学年	年　月入学/　年制　年次在学	年　月入学/　年制　年次在学
			通学(受講)日	週　日、　:　から　:　まで	週　日、　:　から　:　まで
出産の方		□ 母子健康手帳の写し (表紙と出産予定日が確認できる部分)	出産予定日	年　月　日	
			産後の予定	□ 育休取得(　年　月～　年　月)・□ 仕事復帰	
				□ 自宅でみるため利用申請を取り下げる・□ その他(　　)	
求職中の方		□ 求職活動申立書 ※3ヶ月経っても就職先が見つからないときは、再度申立書の提出が必要です。また、状況によっては退所していただく場合があります。	求職活動状況	□ インターネット・求人誌等で仕事を探している □ ハローワークや派遣に登録している □ その他(　　)	□ インターネット・求人誌等で仕事を探している □ ハローワークや派遣に登録している □ その他(　　)
			署名欄	3ヶ月経っても就職先が見つからないときは、再度申立書を提出します。	3ヶ月経っても就職先が見つからないときは、再度申立書を提出します。
				年　月　日	年　月　日
				署名	