

令和8年度

受付印

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 入所申込書

年 月 日

申請者氏名

尾張旭市長 殿

【同意事項】

- 1 市が施設型給付費・地域型保育給付費等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、また、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。
- 2 支給認定証について当初入所の場合は、次年度4月の利用に向けた認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、審査結果は1月に通知されること。
- 3 児童の入所の決定及び入所後の発達に応じた指導を目的として市が所有する健康診査票等の情報の閲覧及び聞き取りを行うこと。
- 4 支給認定のため提出した証明書類等の事実を確認できない場合は、支給認定が取り消され、特定教育・保育施設等を退所すること。

以上のことに同意し、子ども・子育て支援法第20条第1項の規定に基づき、次のとおり申請し、保育所等の入所を申し込みます。

申請に係る 児童氏名	フリガナ	生 年 月 日	性 別	障 害 者 手 帳
	氏 名	個人番号（マイナンバー）		
	(フリガナ)	年 月 日	男・女	有・無
住 所	〒 (転入前住所) ※転入予定者のみ		【転入予定時期 月】	
連 絡 先	電話番号	児童との続柄		
	① — —	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()		
	② — —	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()		
保 護 者 氏 名	(父)	(母)		
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日		

①利用を希望する期間、希望する保育所

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する保育所の名称	第1希望	第4希望
	第2希望	第5希望
	第3希望	第6希望
第7希望以降 (順位をつけて右欄に記入してください)		
仮抽選番号（1～50までの数字） ※一斉申込の方のみ記入	①	②

(表面)

②世帯の状況 ※個人番号は父母（または保護者）のみご記入ください。

区分	フリガナ	児童との続柄	生 年 月 日	性 別	職 業 又 は 学 校 名 等 <small>(令和8年4月1日)</small>	令和7年1月1日 時 点 の 住 民 登 録 地	備 考
	氏 名		個人番号（マイナンバー）			住 民 登 録 地	
家族の状況（別居の世帯員含む）を全員記入				男・女		尾張旭市・他市区町村（ ）	
				男・女		尾張旭市・他市区町村（ ）	
				男・女		尾張旭市・他市区町村（ ）	
				男・女		尾張旭市・他市区町村（ ）	
				男・女		尾張旭市・他市区町村（ ）	
				男・女		尾張旭市・他市区町村（ ）	
				男・女		尾張旭市・他市区町村（ ）	
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り（平成・令和 年 月 日保護開始）					

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入してください。

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 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他（ ） 通勤（通学）方法 通勤（通学）時間 片道		
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他（ ） 通勤（通学）方法 通勤（通学）時間 片道			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			
希 望 す る 利 用 曜 日 ・ 時 間	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	時 分 から	時 分 まで	
	土	時 分 から	時 分 まで	

④兄弟姉妹同時申込みの利用希望

兄 弟 姉 妹 同 時 申 込	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は下記にチェックしてください。
<input type="checkbox"/> A 申込児童全員を同じ保育所のみ入所希望。→回答は以上です。 （※同じ保育所に空きがない場合は申込児童全員が入所できません。）	
<input type="checkbox"/> B 別々の保育所でも入所希望。→Cも回答してください。 （※ 0歳～2歳クラスで育児休業復帰の申込みの方は兄弟姉妹のうち1人が利用可能の場合でも、職場復帰が条件となります。その他、入所後申請と同じ条件が必要となります。）	
<input type="checkbox"/> C 兄弟姉妹いずれかのみ入所可能な場合、入所を希望しますか。（いずれかにチェック） <input type="checkbox"/> はい（児童の指定なし） <input type="checkbox"/> いいえ（申込児童全員が入所できません。） <input type="checkbox"/> <u>（児童名）</u> が内定した場合のみ希望する。	