様式第6号（第13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入園申込書兼児童台帳

令和　　年　　月　　日

申請者	保護者氏名　　㊞
	個人番号（マイナンバー）　1　2　3

※市確認（□番号確認　□本人確認）

国東市教育委員会　　様

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します。

	氏名（ふりがな）	性別	生年月日（年齢）	第何子	障害者手帳等
申請に係る小学校就学前子ども	（　　）	男・女	年　月　日生 （4月1日時点年齢）　歳	（戸籍上）第　子	有・無 特別児童扶養手当 有・無
	個人番号（マイナンバー）　1　2　3				
保護者住所･連絡先	（住所）〒 国東市				
	（令和8年1月1日の居住地）　国東市内　・　国東市外				
	携帯電話（　　：続柄　　）（　　：続柄　　） 自宅電話（　　）				
認定者番号		＊既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
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（保育所、認定こども園、地域型保育）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	＊幼稚園等の利用のみ希望する場合			

①世帯の状況　（＊上記児童本人を除く、全ての家族をご記入してください。）

区分	（ふりがな） 氏　名	児童との続柄	生年月日	性別	職業・職場・学校名等 （4月1日時点）	前年度分 （当年度分） 市民税の課税の有無	個人番号 （マイナンバー）
入所児童の世帯員	（　　）		年　月　日生	男･女		課　税 非課税	
	（　　）		年　月　日生	男･女		課　税 非課税	
	（　　）		年　月　日生	男･女		課　税 非課税	
	（　　）		年　月　日生	男･女		課　税 非課税	
	（　　）		年　月　日生	男･女		課　税 非課税	
	（　　）		年　月　日生	男･女		課　税 非課税	
	（　　）		年　月　日生	男･女		課　税 非課税	
生活保護の適用の有無 ※	適用無　・　適用有（　　年　月　日 保護開始）						
障害者手帳等の有無　※	無　・　有						

※ に該当する世帯は利用者負担額が軽減される階層があります。

②利用を希望する期間、希望する施設（幼稚園）名

利用を希望する期間	令和　年　月　日から　1．小学校就学まで 2．令和　年　月　日まで				
利用を希望する施設（幼稚園）名	施設（幼稚園）名・希望理由				事業所番号
	第１希望		理由	【←希望施設の選定の理由】 1．自宅に近い 2．通勤経路 3．兄弟姉妹が現在入所中 4．継続 5．その他（　　）	
	第２希望		理由		
	第３希望		理由		

③保育の利用を必要とする理由等（保育園のみ）

＊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のみ記入して下さい。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		□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） （ ）	
家庭の状況	□ひとり親家庭 ・ □左記以外		
希望する利用状況	利用曜日（＊主な利用曜日） 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	利用時間（＊主な利用時間） 時 分から 時 分まで	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

国東市が施設型給付費・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に同意します。

（令和8年1月1日の居住地）国東市内 ・ 国東市外（＊住民税課税証明書が必要）

保護者氏名 印

＊市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可 （ 認定日：令和 年 月 日 ） 否 （ 否理由： ）		□１号 □２号 □３号 （□標準 □短）
支給（入所）の可否		支給(利用)期間
可 （ □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 ） 否 （ 否理由： ）		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設（事業者）名		
□認定こども園 （ □幼保連携型 □幼稚園型 □保育所 □地域裁量型 ） □幼稚園 □保育所 □地域型保育 （ □小規模 □家庭的 □居宅訪問 □事業所内 ）		
備 考		

＊施設記載欄（施設を経由して市に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日

提出年月日	令和 年 月 日

施設（幼稚園）名 連絡先（担当者名）	（ 事業所番号： ） 電話番号（ － － ） 担当者（ ）
入所契約（内定）の有無	有 （ 契約 ・ 内定 ） 契約日（内定日）令和 年 月 日 無
備 考	