

記入例（2・3号）

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定兼入園申請書

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生 年 月 日	性 別	障害者手帳※1
	(フリガナ) サド アオイ 佐渡 あおい	令和7 年 5 月 1 日生	男・女	有・無
	マイナンバー※2	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
保護者 住所・連絡先	(住所) 佐渡市千種232番地 (連絡先) 【自宅】 0259-63-3111 【携帯】 090-0000-0000 (所有者 父・母)			
上記以外の 居住地	(有 無) 住民登録地以外に居住地がある方は、住所をお書きください。 転入予定の方は転入予定先の住所を分かる範囲でご記入ください。 ※初回の支給認定決定通知書・支給認定証のみ居住地へ郵送します。			

※1 申請児童の障害手帳(身体障害者手帳、知的障害者手帳、発達障害者手帳)の有無について、○で囲んでください。
※2 マイナンバー発行前に申請する場合、マイナンバーのわかるものの写しの提出を依頼します。

①世帯の状況

児童との続柄		考			
保 護 者	父	(フリガナ) サド ツバサ 佐渡 つばさ	平成6 年 6 月 1 日	会社員	
	母	(フリガナ) サド アカネ 佐渡 あかね	平成8 年 8 月 1 日	公務員	令和8年5月復職
同 居 家 族	姉	(フリガナ) サド ヒナタ 佐渡 ひなた	令和4 年 4 月 1 日	〇〇保育園	
	祖父	(フリガナ) サド イチロウ 佐渡 一郎	昭和35 年 10 月 1 日	自営業	
	祖母	(フリガナ) サド トキコ 佐渡 朱鷺子	昭和37 年 12 月 1 日	自営業	
		(フリガナ)	年 月 日		
		(フリガナ)	年 月 日		
		(フリガナ)	年 月 日		
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有(開始)			
家庭の状況		☐ ひとり親家庭 ☐ 在宅障害者がいる ☒ 左記以外			

※3 父母に代わって祖父母等が養育してる場合は、祖父母等のマイナンバーを記入してください。
裏面があります。

②利用を希望する期間、希望する園

利用を希望する期間	令和8年4月1日から年 月 日	就学前まで
☐ 認定こども園（保育部分）	ならし保育は記入した日から始まります。	
☒ 保育園等、認定こども園（保育部分）を希望する	第3希望まで保育園等、認定こども園（保育部分）名を記入してください。 第1希望：〇〇保育園 第2希望：〇〇こども園 第3希望：〇〇保育園	

③保育を必要とする事由等

※保育の利用希望開始日時点から、就労による事由を記入してください。（同居の祖父母等についても記入）

※ならし保育のためは、
・就労の場合、就労証明書を添付してください。
・復職予定日の1ヶ月前から入園される場合は、就労として認定となります。

保育を必要とする事由	続柄		
	父	☒ 就労 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他（ ） 就労先（ 株式会社〇〇 〇〇支店 〇〇支店 ）	
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他（ ） 就労先（ 〇〇市役所 ）	
	同居の祖父	☐ 就労 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☒ 65歳以上 ☐ 無職 ☐ その他（ ） 就労先（ ）	
	同居の祖母	☒ 就労 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 65歳以上 ☐ 無職 ☐ その他（ ） 就労先（ 農業 ）	
希望する利用期間	利用曜日	利用時間	
	月曜日から金曜日まで	保育標準時間（最長11時間） ・ 保育短時間（最長8時間）	

佐渡市長 様 施設長 様	下記に当てはまる場合は、保育短時間のみ選択可能です。 ・父または母が「求職活動」or「その他（幼児教育希望）」 ・同居している65歳未満の祖父母が無職
上記のとおり、関係資料を添えて申請します。 また、佐渡市が支給認定及び保育料算定に必要な課税状況（マイナンバー制度による情報連携を含む。）並びに、住民基本台帳の情報（同一世帯員またはそれ以外で児童の生計を維持している者（祖父母等）を含む。）を閲覧し、その情報に基づき利用者負担額を決定することに同意します。	
令和7年11月4日	申請者氏名 佐渡 つばさ

※署名により、同居のご家族、また、それ以外の児童の生計維持者（祖父母等）の了承を得たものとします。

※この同意は、佐渡市内の園を利用している間は有効となりますので、ご承知おきください。

※市町村処理欄	保育の実施の要否	保育の実施期間		保育の実施基準の番号	
	要・否（理由）	自 至	年 月 日	両親等（ ）（ ）（ ）（ ）	
	年 月 日 承諾	入園保育園等		本人確認	☐ マイナンバー ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）

記入例（1号）

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定兼入園申請書

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生 年 月 日	性 別	障害者手帳※1
	(フリガナ) サド アオイ 佐渡 あおい	令和7 年 5 月 1 日生	男・女	有・無
	マイナンバー※2	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
保護者 住所・連絡先	(住所) 佐渡市千種232番地 (連絡先) 【自宅】 0259-63-3111 【携帯】 090-0000-0000 (所有者 父・母)			
上記以外の 居住地	(有 無) 住民登録地以外に居住地がある方は、住所をお書きください。 転入予定の方は転入予定先の住所を分かる範囲でご記入ください。			

※1 申請児童の障害手帳(身体障害者手帳、知的障害者手帳、発達障害者支援法に基づく障害者手帳)の有無について、○で囲んでください。

※2 マイナンバー発行前に申請する場合、マイナンバーのわかるものの写しの提出を依頼します。

①世帯の状況

児童との続柄		考			
保 護 者	父	(フリガナ) サド ツバサ 佐渡 つばさ	平成6 年 6 月 1 日	会社員	
			マイナンバー※3	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
	母	(フリガナ) サド アカネ 佐渡 あかね	平成8 年 8 月 1 日	公務員	令和8年5月復職
			マイナンバー※3	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
同 居 家 族	姉	(フリガナ) サド ヒナタ 佐渡 ひなた	令和4 年 4 月 1 日	〇〇保育園	
	祖父	(フリガナ) サド イチロウ 佐渡 一郎	昭和35 年 10 月 1 日	自営業	
	祖母	(フリガナ) サド トキコ 佐渡 朱鷺子	昭和37 年 12 月 1 日	自営業	
		(フリガナ)	年 月 日		
		(フリガナ)	年 月 日		
		(フリガナ)	年 月 日		
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有(開始)			
家庭の状況		☐ ひとり親家庭 ☐ 在宅障害者がいる ☒ 左記以外			

※3 父母に代わって祖父母等が養育してる場合は、祖父母等のマイナンバーを記入してください。

裏面があります。

②利用を希望する期間、希望する園

利用を希望する期間	令和8 年 4 月 1 日から 年 月 日 就学前まで
☒ 認定こども園(教育部分)を希望する	入園希望園名： ○○こども園
☐ 保育園等、認定こども園(保育部分)を希望する	第3希望まで保育園等、認定こども園(保育部分)名を記入してください。 第1希望： 第2希望： 第3希望：

③保育を必要とする事由等

※保育の利用希望開始日時点で、該当する事由を記入してください。(同居の祖父母についても記入)

※ならし保育のために復職予定日より前に入園する場合は、「就労」として記入してください。

保 育 を 必 要 と す る 事 由	続柄	③は1号認定の場合、 記入不要です。
	希望する利用期間	

佐渡市長 様 施設長 様
上記のとおり、関係資料を添えて申請します。 また、佐渡市が支給認定及び保育料算定に必要な課税状況(マイナンバー制度による情報連携を含む。)並びに、住民基本台帳の情報(同一世帯員またはそれ以外で児童の生計を維持している者(祖父母等)を含む。)を閲覧し、その情報に基づき利用者負担額を決定することに同意します。
令和7 年 11 月 4 日 申請者氏名 佐渡 つばさ

※署名により、同居のご家族、また、それ以外の児童の生計維持者(祖父母等)の了承を得たものとします。

※この同意は、佐渡市内の園を利用している間は有効となりますので、ご承知おきください。

※市町村 処理欄	保育の実施の要否	保育の実施期間		保育の実施基準の番号	
	要・否 (理由)	自 年 月 日 至 年 月 日	両親等()()()()		
	年 月 日 承諾	入園保育園等	本人確認	☐ マイナンバー ☐ 運転免許証 ☐ その他()	