様式第1号（第4条関係）

受付日　　年　　月　　日	同時在園児　有　無	確認者

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

	氏　名	生　年　月　日	性　別	障害者手帳※1
申請に係る小学校就学前子ども	（フリガナ）	年　　月　　日生	男　・　女	有　・　無
		マイナンバー※2		
保護者住所・連絡先	（住所） （連絡先）【自宅】　　【携帯】　　（所有者　父・母）			
上記以外の居住地	（有・無） ※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、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等)の有無について、〇で囲んでください。

※2　マイナンバー発行前に申請する場合は、空欄のまま提出してください。入園時に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		氏　名	生　年　月　日	職業または学校名	備　考
保護者	父	（フリガナ）	年　　月　　日		
			マイナンバー※3		
	母	（フリガナ）	年　　月　　日		
			マイナンバー※3		
同居家族		（フリガナ）	年　　月　　日		
		（フリガナ）	年　　月　　日		
		（フリガナ）	年　　月　　日		
		（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　・　適用有り　（　　年　　月　　日保護開始）			
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	年　月　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：
□ 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<u>利用希望開始日時点で</u>、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	必要とする理由
	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〔　　〕
	母	□ 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（　　） 就労先〔　　〕
	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〔　　〕

希望する利用期間	利用曜日	利用時間
	曜日から　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）

佐渡市教育委員会教育長　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。

年　　月　　日

申請者氏名

※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） 年　月　日承諾	自　年　月　日 至　年　月　日		両親等(　)(　)(　)(　)	
		入園保育園等		本人確認	□マイナンバー □運転免許証 □その他（　　）