

令和3年度保育所入所申込書兼児童台帳  
施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書(現況届)

0歳・1歳・2歳・3歳・4歳・5歳
新規・継続・( )

申込日 令和 年 月 日

筑前町長 様  
(管理者様)

(ふりがな)
保護者氏名 <span style="float:right">㊟</span>

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及び保育所等への入所を申請します。また、町が施設型給付費・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(同一住所の世帯全員)及び世帯情報を閲覧すること並びに保育の必要理由を確認すること、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。

(ふりがな) 児童氏名		生年月日・年齢		性別	障害者手帳の有無	療育手帳の有無	特別児童扶養手当受給の有無
		年 月 日生		男	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		令和3年4月1日時点( )歳		女	※各手帳の写しなどを添付してください。		
健康 状況等	障がいや病状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 身体的障がい(手足・視覚・聴覚・その他) 症状・病名( )					
	発達等気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ことば・落ち着きがなく動き回る・こだわりが強い)					
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: )					
保護者	住所	筑前町			現在の保育 の状況	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 託児所等 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 認可外園 <input type="checkbox"/> 企業型園 <input type="checkbox"/> その他( )	
	転入前住所						
	携帯番号	父			現在入所中 の施設名		
	自宅電話番号	母					
住民票	R2.1.1: <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( ) / R3.1.1: <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )						
利用を希望する認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 (教育標準時間)		2号(保育が必要な3歳以上児) <input type="checkbox"/> 標準時間(11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(8時間まで)			3号(保育が必要な3歳未満児) <input type="checkbox"/> 標準時間(11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(8時間まで)	

①世帯の状況(上記児童以外の同一住所の全員を記入してください。)

※世帯分離している同居者も記入してください。

※両親(父、母)の一方が別居の場合や、養育している入所児童の兄弟が別居している場合も全て記入してください。

(上記児童 児童以外)	氏名	児童 との 続柄	生年月日・年齢 (年齢はR3.4.1時点)		同居 別居	別居の状況	勤務先・就学先 (児童は学校・保育所等)	
			大昭平・令	年 月 日	歳	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	
			大昭平・令	年 月 日	歳	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	
			大昭平・令	年 月 日	歳	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	
			大昭平・令	年 月 日	歳	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	
			大昭平・令	年 月 日	歳	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	
生活保護の受給		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
ひとり親世帯の該当		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※児童扶養手当証書、ひとり親医療証の写しなどを添付してください。						
同居の障がい者の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名: ) ※手帳等の写しを添付してください。 有の場合 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金						

②利用を希望する期間、希望する施設名(慣らし保育の開始日が入所日となります。)

利用希望期間 (慣らし保育含む)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
利用希望施設	施設名	見学済	※通所可能な範囲で記入してください。 <input type="checkbox"/> 記入されていない保育所については、保護者から希望がないものとして取り扱います(入所調整及びご案内はしません)。  ※見学をした施設にはチェックをお願いします。
	第1希望	<input type="checkbox"/>	
	第2希望	<input type="checkbox"/>	
	第3希望	<input type="checkbox"/>	
	第4希望	<input type="checkbox"/>	
第5希望	<input type="checkbox"/>		

③保育の利用を必要とする理由等(1号の幼稚園等を希望される人は以下は記入不要です)

※就労先等へ状況の確認をすることがあります。

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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				
勤務先	TEL				
就労等時間	時 分 から 時 分 まで (1日 時間)				
就労日数	日/月				
通勤手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )				
通勤時間	時間 分				
母	<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・看護 <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				
勤務先	TEL				
就労等時間	時 分 から 時 分 まで (1日 時間)				
就労日数	日/月				
通勤手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )				
通勤時間	時間 分				
出産予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(予定日: 年 月 日)※母子手帳の写しを提出してください。				
育児休業明け	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(令和 年 月 日復帰予定)				
生計中心者の失業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(離職日:令和 年 月 日)				
その他	※気になることや園へ伝えておくことなどがあればご記入ください。				

④利用調整

きょうだい児の在園	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 保育園(所) / 年齢(令和3年4月1日時点) 歳 )
待機する意思	<input type="checkbox"/> 有 入所希望日に入所できなかった場合、翌月以降も入所を希望する <input type="checkbox"/> 無 入所希望日に入所できなかった場合、翌月以降は入所を希望しない
きょうだい児2人以上同時に入所申込をする場合	<input type="checkbox"/> 全員が同時に同一の保育所を利用したい <input type="checkbox"/> 全員が同時に別々の保育所を利用することになっても構わない <input type="checkbox"/> 全員が利用できなくても、利用できる児童から利用したい
入所できなかった場合の予定	<input type="checkbox"/> その他の施設に預ける(幼稚園・認可外保育施設・その他 ) <input type="checkbox"/> 育児休業延長 <input type="checkbox"/> 親族等に預ける(予定者 ) <input type="checkbox"/> その他( )

\*町記載欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定の可否 可(認定日:令和 年 月 日) 否(否とする理由: )	認定証番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
支給(入所)の可否 可(入所施設名: ) 否(否とする理由: )	支給(利用)期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	

利用者負担額				保育料の算定に 父母以外を入れている場合			
4月～8月		9月～3月		4月～8月		9月～3月	
<input type="checkbox"/> 全額	階層	円	<input type="checkbox"/> 全額	階層	円	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母
<input type="checkbox"/> 半額			<input type="checkbox"/> 半額			<input type="checkbox"/> 曾祖父	<input type="checkbox"/> 曾祖母
<input type="checkbox"/> 無料	副食費免除 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 無料	副食費免除 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> その他( )	

受付印	受付者	入力	確認	保育所連絡	途中入所日	途中退所日

令和3年度保育所入所申込書兼児童台帳  
施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書(現況届)

記入例

筑前町長 様  
(管理者様)

提出日 令和〇〇年〇月〇日

(ふりがな) ちくぜん たろう

保護者氏名 筑前 太郎



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及び保育所等への入所を申請します。また、町が施設型給付費・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(同一住所の世帯全員)及び世帯情報を閲覧すること並びに保育の必要理由を確認すること、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。

(ふりがな) 児童氏名 <b>ちくぜん はなこ</b> <b>筑前 花子</b>		生年月日・年齢 平成28年10月7日生 令和3年4月1日時点(4)歳		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	障害者手帳の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	療育手帳の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	特別児童扶養手当受給の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
健康状況等		障がいや病状 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 身体的障がい(手足・視覚・聴覚・その他) 症状・病名( )		転入予定の場合は、筑前町の転入予定住所と現住所を併記してください。			
発達等気になること <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(ことば 落ち着きがなく動き回る・こだわり)		食物アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: )					
保護者		住所 筑前町 久光951番地1(転入予定)		現在の保育の状況 <input type="checkbox"/> 託児所等 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 認可外園 <input type="checkbox"/> 企業型園 <input type="checkbox"/> その他( )		現在入所中の施設名	
		転入前住所 福岡県甲市乙123番地(現住所)					
		携帯番号 父 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 母 080-××××-××××					
		自宅電話番号 0946-△△△△-△△△△					
住民票		R2.1.1: <input type="checkbox"/> 町内 <input checked="" type="checkbox"/> 町外(〇〇市) / R3.1.1: <input checked="" type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )					
利用を希望する認定区分		<input type="checkbox"/> 1号(教育標準時間)		<input type="checkbox"/> 2号(保育が必要な3歳以上児) <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間(11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(8時間まで)		<input type="checkbox"/> 3号(保育が必要な3歳未満児) <input type="checkbox"/> 標準時間(11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(8時間まで)	

①世帯の状況(上記児童以外の同一住所の全員を記入してください。)

※世帯分離している同居者も記入してください。

※両親(父、母)の一方が別居の場合や、養育している入所児童の兄弟が別居している場合も全て記入してください。

氏名	児童との続柄	生年月日・年齢(年齢はR3.4.1時点)	同居別居	別居の状況	勤務先・就学先(児童は学校・保育所等)
筑前 太郎	父	大昭平令 〇〇年△月×日 35歳	同居別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input checked="" type="checkbox"/> 町外(〇〇市)	〇〇建設(自営業)
筑前 一子	母	大昭平令 〇〇年△月×日 32歳	同居別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	(株)〇〇会社
筑前 一郎	兄	大昭平令 〇〇年△月×日 10歳	同居別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	〇〇小学校〇年
筑前 二郎	弟	大昭平令 〇〇年△月×日 5歳	同居別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	〇〇保育所
筑前 大助	祖父	大昭平令 〇〇年△月×日 68歳	同居別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	無職
筑前 梅子	祖母	大昭平令 〇〇年△月×日 63歳	同居別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外( )	入院中

生活保護の受給 無 有

ひとり親世帯の該当 無 有 ※児童扶養手当証書、ひとり親医療証の写しを添付してください。

同居の障がい者の有無 無 有(氏名: 筑前 大助) ※手帳等の写しを添付してください。  
有の場合 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 特別児童扶養手当 障害年金

②利用を希望する期間、希望する施設名(慣らし保育の開始日が入所日となります。)

利用希望期間(慣らし保育含む)	令和 3年 4月 1日から 令和 4年 3月 31日まで	
利用希望施設	施設名	見学済
	第1希望 〇〇保育所	<input checked="" type="checkbox"/>
	第2希望 〇〇保育園	<input type="checkbox"/>
	第3希望 〇〇保育園	<input type="checkbox"/>
	第4希望	<input type="checkbox"/>
第5希望	<input type="checkbox"/>	

※通所可能な範囲で記入してください。  
□記入されていない保育所については、保護者から希望がないものとして取り扱います(入所調整及びご案内はしません)。  
※見学をした施設にはチェックをお願いします。

③保育の利用を必要とする理由等(1号の幼稚園等を希望される人は以下は記入不要です)

※就労先等へ状況の確認をすることがあります。

父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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	
勤務先	〇〇建設(自営業)	TEL XXXX-XX-XXXX
就労等時間	8時 30分 から 17時 30分	まで(1日 9 時間)
就労日数	25日/月	
通勤手段	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )	
通勤時間	時間 10 分	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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	
勤務先	(株)〇〇会社	TEL XXXX-XX-XXXX
就労等時間	8時 30分 から 18時 30分	まで(1日 10 時間)
就労日数	22日/月	
通勤手段	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )	
通勤時間	時間 30 分	
出産予定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(予定日: 年 月 日)※母子手帳の写しを提出してください。	
育児休業明け	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(令和 年 月 日復帰予定)	
生計中心者の失業	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(離職日:令和 年 月 日)	
その他	※気になることや園へ伝えておくことなどがあればご記入ください。 ・未熟児で生まれた。定期的な受診がある。 ・児童デイサービス(週〇回)利用中	気になることなどを記入ください。

④利用調整

きょうだい児の在園	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( 〇〇 保育園(所) / 年齢(令和3年4月1日時点) 3 , 4 歳 )
待機する意思	<input checked="" type="checkbox"/> 有 入所希望日に入所できなかった場合、翌月以降も入所を希望する <input type="checkbox"/> 無 入所希望日に入所できなかった場合、翌月以降は入所を希望しない
きょうだい児2人以上同時に入所申込をする場合	<input checked="" type="checkbox"/> 全員が同時に同一の保育所を利用したい <input type="checkbox"/> 全員が同時に別々の保育所を利用することになっても構わない <input type="checkbox"/> 全員が利用できなくても、利用できる児童から利用したい
入所できなかった場合の予定	<input checked="" type="checkbox"/> その他の施設に預ける(幼稚園、認可外保育施設、その他 ) <input type="checkbox"/> 育児休業延長 <input type="checkbox"/> 親族等に預ける(予定者 ) <input type="checkbox"/> その他( )

\*町記載欄

受付年月日 令和 年 月 日

点線から下は記入しないでください。

【 注 意 】

1. 太枠内の該当箇所はもれなく記入してください。世帯分離していても同一住所であれば記入が必要です。(記入漏れがあると入所できない場合があります。)
2. 保育認定(2号、3号)の場合、同居している65歳未満の祖父母等についても、保育の実施を必要とする理由を証明する書類(勤務証明、診断書等)をご提出ください。入所の優先順位を決定する際に判断資料となります。(提出がない場合は優先順位が下がります。)
3. 家庭状況や申込理由の変更があった場合は、速やかに届け出てください。

--	--	--	--	--	--	--	--