

令和8（2026）年度用

認定こども園1号認定用

※保育所や認定こども園（保育部分）や幼稚園を利用する場合は、別の様式をご利用下さい。

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書(1号認定) 兼 特定教育・保育施設、特定地域型保育事業入所申込書

令和 年 月 日

三原市長(福祉事務所長) 様

施設長 様

保護者氏名

次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定を申請します。

なお、三原市が施設型給付費・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し、その情報及び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・保育施設等の利用施設(事業者)に対して提示することに同意して署名します。

申請児童 (申請に係る 小学校就学前 子ども)	ふりがな 氏名	保護者 との 続柄	生年 月日	令和 年 月 日	性別	男・女
	個人番号					
	障害者 手帳等 の有無	有・ 無	<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"/> 特別児童扶養手当受給資格有 <input type="checkbox"/> その他()			
保護者 住所・連絡先	住所	<input type="checkbox"/> 転入予定(令和 年 月 日)				
	連絡先	() - () - ()	携帯() () - () - ()	携帯() () - () - ()		
住民登録について *入所する年を基準とします	前年1月1日時点 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他()市区町村	本年1月1日時点 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他()市区町村				

特定教育・保育施設、特定地域型保育事業への入所について次の通り申込みます。

①利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名等

利用を希望する期間	令和 年 月1日から <input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
支給認定番号 <small>(既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。)</small>	認定日 令和 年 月 日
利用を希望する施設名	希望理由 *事業所番号

*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

②世帯の状況(祖父母を除く)

ふりがな 氏名 個人番号(12桁)	児童 との 続柄	同居・ 別居	生年 月日	性別	職業又は学校名等	障害者手帳等 の有無 ※「有」の場合 は写し添付
1 ()		同 別	大・昭 平・令 年 月 日	男・女		有・無
2 ()		同 別	大・昭 平・令 年 月 日	男・女		有・無
3 ()		同 別	大・昭 平・令 年 月 日	男・女		有・無
4 ()		同 別	大・昭 平・令 年 月 日	男・女		有・無
5 ()		同 別	大・昭 平・令 年 月 日	男・女		有・無
6 ()		同 別	大・昭 平・令 年 月 日	男・女		有・無
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)				

(裏面へつづく)

令和8（2026）年度用

③祖父母の状況

祖父母の状況	氏名	児童との続柄	同居・別居	住所	年齢	職業又は現在の状況	障害者手帳等の有無 ※「同居」で「有」の場合は 写し添付
							有・無
父方		祖父	同別				有・無
		祖母	同別				有・無
母方		祖父	同別				有・無
		祖母	同別				有・無

④家庭の状況等

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外の特別な事由()	
ひとり親家庭の場合	<input type="checkbox"/> 離婚または死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(離婚を前提)	
児童扶養手当受給状況	<input type="checkbox"/> 受給中(申請中を含む) <input type="checkbox"/> 停止中 <input type="checkbox"/> 申請していない	
送迎について	【送】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	【迎】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()

⑤児童の状況

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育している (父 母 続柄) <input type="checkbox"/> 保護者が職場へ連れて行っている (父 母 週 日) <input type="checkbox"/> 保護者以外が保育している (保育している人 続柄 場所) <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用している (施設名) <input type="checkbox"/> 幼稚園・認可外保育施設等を利用している (施設名 利用開始月 平成・令和 年 月)	
健康状態	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他()) 医師の診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食物以外のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	医療・発育・発達	受診・相談している病院等がある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・症状)、病院・施設名 ()
	特別な配慮や支援の必要具体的な内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 子どもの様子と必要な支援の内容 () → <input type="checkbox"/> 加配職員 <input type="checkbox"/> 医療的ケア
宗教上、食べられない物 (対応できない施設もあります。)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

*市記載欄ここから下は記入しないで下さい。

認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定番号 年 月 日認定	認定区分 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	支給認定期間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 添付資料 <input type="checkbox"/> 就業等証明 <input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> その他()	受付印
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)	入所施設・事業者名			