

益城町長 様 令和 年 月 日

申請者氏名
(保護者)

次の事項に同意して申請します。

- 子ども・子育て支援法の規定に基づく利用者負担額（保育料）等の決定のため、世帯員の住民税課税状況や必要な公簿の照会調査を行うこと。（マイナンバーによる情報照会を含む。）
- 特定教育・保育施設等に対して、利用者負担額（保育料）等を通知すること。

①申込児童情報

申請に係る 小学校就学前 子ども	ふりがな 氏名	生年月日	出産歴	性別	障害者手帳の 有無
		平成 令和 年 月 日	第 子	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住 所) <input type="checkbox"/> 益城町大字 (連絡先) ①: (父・母・) ②: (父・母・)				
保育の希望の 有無	有 : 保護者の労働また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 (幼稚園等と併願の場合を含む。)				
	<input checked="" type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）				
利用希望期間	令和 年 月 1日 から 令和 年 月 末日 まで				

②世帯の状況

区分	ふりがな	子ども の 続柄	生年月日	性別	職 業 または 学校名等	障害者 手帳の 有無
	氏 名					
子どもの 世帯員			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		有・無
			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		有・無
			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		有・無
			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		有・無
			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		有・無
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（離婚・死別・未婚） <input type="checkbox"/> 在宅障がい児（者）のいる家庭（申込児童含む。） <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（ 年 月 日 保護開始） <input type="checkbox"/> 上記以外				

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働また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に記入して下さい。

	続柄	必要とする理由	通勤時間※	通勤手段※
保育の利用を 必要とする 理由		<input type="checkbox"/> 就 労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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（ ）	分	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車
		<input type="checkbox"/> 就 労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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（ ）	分	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車
希望する 施設利用時間	利用希望曜日	<input type="checkbox"/> 月～金 <input type="checkbox"/> 月～土 <input type="checkbox"/> それ以外（週 日）		
	利用希望時間	時 分 から 時 分 まで		
	希望保育区分	<input type="checkbox"/> 「標準時間」 <input type="checkbox"/> 「短時間」		

※ 必要とする理由が「就労」、「就学」の時はご記入ください。

④利用を希望する施設（事業所）名

◎ 希望される園・クラスに○をご記入ください。

クラス年齢	益城幼稚園
満3歳児	
年少（3歳児）	
年中（4歳児）	
年長（5歳児）	

見学
済・未

⑤発達・健康状態について

病歴、持病等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
健診等での指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
相談している関係機関・施設等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
手帳等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【身体障がい者手帳・療育手帳・その他（
加配の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※加配とは、障がいのある児童が集団生活を送るにあたって、サポートをするため、通常の職員数に加えて先生を配置することです。配置にあたっては、希望に添えない場合もあります。予めご了承ください。
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（
児童の性格について	

◎ 園利用にあたり、健康上または発育上、心配な点

⑥保育料納付誓約書

※以下は4月1日時点での年齢が3歳未満の方のみご記入ください。

益城町長 様

私は、保育所入園決定後、保護者として負担するべき保育料を定められた期日までに納付することを誓約します。
 なお、保育料を滞納した場合、児童手当法第22条の規定による児童手当からの特別徴収又は児童福祉法第56条第6項の規定による差押などの処分を受けても異議ありません。

令和 年 月 日 保護者
署名※ _____

保護者
署名※ _____

※必ず自署をお願いします。

*施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	
担当者氏名・連絡先	(担当者氏名) (連絡先)
利用契約の有無	有 ・ 無