様式第１号（第５条、第９条、第１０条、第１３条関係）

令和９年度 支給認定申請（現況届）及び保育所等入所申込書

年　　月　　日　　（保護者氏名）　　印

熊本県球磨郡山江村長　殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定（現況届）及び保育所等入所を申請します。

	氏　　名	生年月日 ※年齢は、現年度4月1日現在	性別	障害者手帳の有無
申請に係る 小学校就学前 子ども	（ふりがな） 個人番号：	年　月　日生 （　　歳）	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	（住所） （連絡先）父携帯：　　母携帯：			
認定者番号	※既に教育・保育認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の 有無（※）	有　：　保護者の労働又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）			
	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）			

（※）・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。（以下同じ）
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
・「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	氏　　名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職　業 又は 学校名等	障害者手帳の有無	前(当)年度分市町村民税課税の有無
子どもの世帯員	(ふりがな) 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り　（　　保護開始）						

②利用を希望する期間、希望する施設（事業所）名

利用希望期間	年　月　日　から　年　月　日　まで	
	施設（事業者）名・希望理由	事業所番号＊
利用を希望する 施設（事業者）名	第１希望　（理 由）	
	第２希望　（理 由）	
	第３希望　（理 由）	
	第４希望　（理 由）	
	第５希望　（理 由）	

○　「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。＊印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
○　字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又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	備考
保育の利用を必要とする理由		□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（　　） （具体的な状況　※勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など。）	
		□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（　　） （具体的な状況　※勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など。）	
家庭の状況	□ひとり親家庭　・　□左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土	時　　分から　　時　　分まで	
希望する保育必要量	□ 保育標準時間（8時間以上11時間未満）・□ 保育短時間（8時間未満）　※審査にて変更あり		

（祖父母の状況）

		氏名	年齢	同居・別居	住所（※ 同居以外の場合）	就労	職業、疾病名等
父方	祖父			同・別・他		有・無	
	祖母			同・別・他		有・無	
母方	祖父			同・別・他		有・無	
	祖母			同・別・他		有・無	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

山江村が施設型給付費・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。

保護者氏名　　印

※ 世帯員の居住地について

前年及び現年1月1日時点の居住地が山江村ではない世帯員の有無　（ □有 ・ □無 ）

（対象となる世帯員の氏名・当時の居住地）

⑤平成２７年４月１日以前の保育所等の利用の有無　（ □有 ・ □無 ）

＊市町村記載欄

受付年月日	年　月　日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否　（否とする理由） 年　月　認定		□１号　□２号　□３号 （□標　□短）
支給（入所）の可否	教育・保育給付認定期間	契約期間
可・否　（否とする理由） 〔□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型〕	自　年　月　日 至　年　月　日	自　年　月　日 至　年　月　日
入所施設（事業者）名		前年度 利用施設名
〔□認定こども園（□連　□幼（□幼　□保）　□保（□保　□幼）　□地（□幼　□保）） □幼稚園　□保育所　□地域型（□小　□家　□居　□事）　□第一希望施設と同施設〕		
備　考		

＊施設記載欄（施設（事業者）を経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	（　事業所番号：　）
担当者氏名 連絡先	（担当者） （連絡先）
利用契約（内定）の有無	有（契約・内定　（　年　月　日契約（内定））　・　無
備　考	