

施設型給付費・地域型保育給付費等・施設等利用給付費

20 年 月 日

支給認定申請書兼
入所・入園申込書

本宮市長
本宮市教育委員会

保護者氏名	(姓)	(名)
保護者住所	〒 - 本宮市	
連絡先(携帯①)		☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母
連絡先(携帯②)		☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母
自宅電話番号		

次のとおり施設型給付費、地域型保育給付費等・施設等利用給付費に係る支給認定の申請及び保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育施設への入所、入園の申込みをします。なお、施設入所入園に必要な市保有の情報の利用及び閲覧、また本申請内容が入所入園される施設に通知されることに同意します。

① 申請及び施設利用を希望する児童

申請及び 入所・入園 希望児童	氏名		生年月日	性別	障害者手帳
	カナ		西暦 20 年 月 日生	☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無
個人番号 (マイナンバー)			兄弟姉妹 の順番	人きょうだいの 番目	
入所・入園 希望施設及び 希望理由 入所・入園を希望する 施設番号及び希望理 由を記入してくださ い。	【幼稚園】 01. 五百川幼保総合施設 02. 岩根幼稚園 03. 糠沢幼稚園 04. 和田幼稚園 05. 白岩幼稚園 06. 本宮幼稚園		【保育所】 16. もとみや幼児の家保育園 11. みずいろ保育所 12. たかぎ保育所 13. まゆみ保育所 14. 五百川幼保総合施設 15. 白沢保育所 17. 光明保育園 18. どんぐり保育園 19. その他() 20. その他() 21. その他()		
	第1希望		(希望理由)		
	第2希望		(希望理由)		
	第3希望		(希望理由)		
健康状況	☐ 良好 ・ ☐ 病気等/ ☐ 障がい(病名等:) ※手帳がある場合は、コピーを添付してください。				
アレルギーの有無	☐ 不明 ・ ☐ なし ・ ☐ あり (種類:)				
薬服用の有無	☐ なし ・ ☐ あり(薬名:) 服用時間: ☐ 朝・ ☐ 昼・ ☐ 夕・ ☐ 就寝前				
連絡事項	(入所入園にあたり事前連絡しておきたいこと等)				

② 利用を希望する児童の世帯状況(申請児童を除き、父母及び同居している全ての方を記入ください。)

氏名	続柄	生年月日(西暦)	年齢	個人番号(マイナンバー)	勤務先・学校名
カナ	父	年 月 日			
カナ					
カナ	母	年 月 日			
カナ					
カナ		年 月 日			
カナ					
カナ		年 月 日			
カナ					
カナ		年 月 日			
カナ					
カナ		年 月 日			
カナ					

