

令和7年度 入所申込書（新規）

（支給認定申請書）

申請年月日:令和 年 月 日

菊池市福祉事務所長 様

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を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名		生 年 月 日	性 別
	(ふりがな) きくち だいすけ 菊池 大輔		H 6年 7月 2日生 令和7年4月2日現在 満0歳	☒ 男 ・ 女
代表保護者 住所・連絡先	氏 名		連 絡 先	
	(ふりがな) きくち たろう 菊池 太郎		父電話 090(×××1) 〇〇〇2 母電話 080(2×××) 〇〇〇1 自 宅0968(××) 〇〇〇3	
郵便番号		〒861-△△△△		
住 所		菊池市隈府888番地		

①世帯の状況※住所が同じである世帯員全員をご記入ください。

氏 名	児童との続柄	生 年 月 日	年 齢	職業又は学校名・学年等	障がい の有無	備 考
菊池 太郎	父	8.10.16	28	株〇〇〇〇	有・ ☒ 無	単身赴任のため別居中 熊本市〇〇区〇〇町〇番〇 号
菊池 花子	母	9.12.15	27	コンビニエンスストア〇〇	有・ ☒ 無	
菊池 大輔	本人	6.7.2	0		有・ ☒ 無	
菊池 一郎	祖父	40.6.15	59	農業	有・ ☒ 無	
菊池 桃子	祖母	36.1.9	64	農業	☒ 有 ・ 無	障害者手帳あり
父・母及び60歳未満の祖父母は、就労等の保育を必要とする理由が必要になります。(1号希望者を除く。)						同一世帯に障害者手帳をお持ちの方がいる場合、手帳の写しをご提出されると保育料の軽減に該当する場合があります。(写しの提出がない場合は軽減対象外となります。)
入所児童（本人）について 健康状態などで気になること 伝えておきたいこと						アレルギーなど ご記入ください。 例：卵アレルギー

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

保育の希望の有無（※）	☒ 有	保護者の就労などにより、保育所・認定こども園において保育を希望する場合	さらに、③・④を記入
	☐ 無	幼稚園・認定こども園において、教育を希望する場合	最後に ④を記入
「有」の場合のみ記入してください	☒ 保育標準時間（11時間保育）を希望する	1日11時間の保育を希望するか、1日8時間の保育を希望するかどちらかにチェックしてください。 ※基本的には、11時間保育は父と母、それぞれが120時間以上働いていることが条件となります。 それ以外であって11時間を希望される場合は、ご相談ください。(1号希望者を除く。)	
	☐ 保育短時間（8時間保育）を希望する		
※ 保育標準時間と保育短時間では、保育料に差があります。			

利用希望施設名・理由	施設名・希望理		「有」または「無」に○を付けてください。	見学の有無	
	第1希望	〇〇保育園 (希望理由)			☒ 有 ☐ 無
	第2希望	△△△保育園 (希望理由)			☒ 有 ☐ 無
	第3希望	□□□こども園 (希望理由)			☒ 有 ☐ 無
希望する施設を最大3園までご記入ください。 各希望施設に同一の園は記入しないでください。					
利用希望期間	令和7年 4月1日 から 令和8年 3月末日まで				

※ 希望期間は、あくまでも希望ですが、保育の利用を必要とする理由等の実情に合わせて記入してください。

年度ごとで保育を必要とする期間を記入してください

（表面）

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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由（該当するものを○でかこってください）	備考
	父	就労 ← 疾病・障がい 介護等 災害復旧 求職活動 就学 虐待・DV 育児 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 (株)○○○○ 1日8時間勤務 月～金まで（土日出勤無し） 疾病等なし。	
		母	
	各年1月1日時点での在住市町村をチェックし、菊池市外の方はマイナンバーを記入してください		

マイナンバー ※右記項目にて菊池市外にチェックが付く方のみ記載してください	父	令和6年1月1日時点 菊池市 ☐ 菊池市外 ☒ (山鹿 市町村)	令和7年1月1日時点 菊池市 ☐ 菊池市外 ☒ (熊本 市町村)	マイナンバー記載欄									
	母	令和6年1月1日時点 菊池市 ☐ 菊池市外 ☐ (山鹿 市町村)	令和7年1月1日時点 菊池市 ☐ 菊池市外 ☐ (熊本 市町村)	マイナンバー記載欄									

○優先利用事由情報

優先利用事由（該当するものを○でかこってください）		
ひとり親家庭	虐待・DV等	きょうだい同時利用
生活保護世帯	障がい児	小規模保育等卒園児
生計中心者の失業	育児休業明け	その他市町村が定める事由

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を関連機関や他市区町村から照会調査等すること。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。

表面の保護者と同一の氏名を記入してください。

代表保護者氏名 菊池 太郎

記入は、ここまで（裏面）

（以下は、記入しないでください。）

*施設記載欄（施設（事業所）を経由して市町村に提出する場合）

施設名：		
担当者氏名：	連絡先：	受付年月日
契約・内定の有無： なし ・ あり	備考	
契約・内定日：		