様式第１号（第５条関係）

入所申込書兼施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

豊後高田市子育て支援課長　　様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育認定を申請及び入所申込みをします。

	氏名(ふりがな)	性別	生年月日(年齢)	(戸籍上)第何子	①障害者手帳等 ②特別児童扶養手当	個人番号(マイナンバー)
入所(申込)児童	(　　)	男・女	年　月　日生 (4月1日時点年齢)　歳	第　子	①有・無 ②有・無	
	(　　)	男・女	年　月　日生 (4月1日時点年齢)　歳	第　子	①有・無 ②有・無	
	(　　)	男・女	年　月　日生 (4月1日時点年齢)　歳	第　子	①有・無 ②有・無	

希望する保育時間	□保育標準時間（最長11時間を希望）　□保育短時間（最長8時間を希望）	※保育を必要とする事由によっては、希望通りに利用できない場合があります。
保護者住所・連絡先	(住所)〒　　― 豊後高田市	
	(令和7年1月1日の居住地) 市内　・　市外(　　)＊市外の場合、住所を記入ください。	
	携帯電話(父：　　)(母：　　) 自宅電話(　　)職場電話(父：　　)(母：　　)	
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、保育の利用を希望する場合
	無	幼稚園、認定こども園（教育部分）の利用を希望する場合

①家族の状況(＊上記児童本人を除く、全ての家族を記入してください。)

区分	(ふりがな) 氏　名	続柄	生年月日	性別	職業・職場又は学校名等	個人番号(マイナンバー)
児童の家族構成	(　　)	父	年　月　日生	男・女		
	(　　)	母	年　月　日生	男・女		
	(　　)		年　月　日生	男・女		
	(　　)		年　月　日生	男・女		
	(　　)		年　月　日生	男・女		
	(　　)		年　月　日生	男・女		
生活保護の適用の有無	適用無・適用有　(　　年　　月　　日　保護開始)					

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年　月　日から			1．小学校就学まで　2．小学校就学1年前まで 3．満3歳まで　4．(　　)まで
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由			
	第1希望		理由	【施設入所の具体的な理由】 (　　)
	第2希望		理由	【←希望施設の選定の理由】 1．自宅に近い　2．通勤経路 3．兄弟姉妹が現在入所中 4．その他(　　)
	第3希望		理由	

(裏面に続きます)

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のみ記入して下さい。

	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	
希望する利用状況	利用曜日（＊主な利用曜日）	利用時間（＊主な利用時間）
	月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土	時　　分から　　時　　分まで

④重要事項に関する署名欄

1　私は、保育料又は給食費の算定のため、豊後高田市が保有する保護者及び同居する家族の課税額、住民基本台帳、戸籍謄本、個人番号（マイナンバー）等について調査されることに同意します。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。

2　私は、決定した利用者負担額については毎月定められた期日までに納付することを誓約します。納付しないときは、市町村長から支給を受ける児童手当等（児童手当及び特例給付をいいます。以下同様です。）の額から、当該児童手当等の支払期日をもって支払いに充てること及び地方税法の滞納処分の例により財産や給与の差し押さえ等の処分を受けても異議ありません。

3　私は、住所・勤務先・家族構成その他保育所入所申込書に記載した内容に変更があった場合は、速やかに届け出をします。

（保護者）　氏　名　（父）

（母）

＊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　（認定日：　　年　　月　　日） 否　（否理由：　　）		□1号　□2号　□3号 （□標準　□短）
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可　（□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型） 否　（否理由：　　）		自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日
入所施設（事業者）名		事業者番号
備　　考		

＊施設記載欄（施設を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年　　月　　日

提出年月日	年　　月　　日

施設（事業者）名 連絡先（担当者名）	（事業所番号：　　） 電話番号（　　―　　―　　）　担当者（　　）
入所契約（内定）の有無	有　（契約　・　内定）　契約日（内定日）　　年　　月　　日　・　無
備　　考	