



1号認定用

※年度区分						
年齢						

こども園入園申込書(児童台帳)

(あて先) 久御山町長

令和 年 月 日

保護者住所 久御山町

保護者氏名

保護者携帯電話 父 ()

母 ()

電話番号 — —

こども園への入園につき「久御山町立こども園重要事項説明書」に同意のうえ、次のとおり申込みます。
なお、入園決定された場合は諸規則を厳守します。

区分	氏名	入園児童との続柄	生年月日	性別	勤務先・学校名・こども園名等	備考	※	
					勤務先電話		父	母
入園児童の家庭状況	入園児童 (ふりがな)	本人	・ ・	男・女	/		年	年
	入園児童の世帯員	父	・ ・	男	TEL()	月	月	日久御山町に転入
		母	・ ・	女	TEL()	日久御山町に転入		
			・ ・	男・女				
			・ ・	男・女				
			・ ・	男・女			※住民票照合	
			・ ・	男・女		済・未		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ・ <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 (年 月 日開始) ・ <input type="checkbox"/> 障害者(児)同居世帯							

入園を希望するこども園名	第1希望	こども園	希望理由	
	第2希望	こども園	希望理由	<input type="checkbox"/> 希望なし
	第3希望	こども園	希望理由	<input type="checkbox"/> 希望なし

利用を希望する期間 年 月 日 から (年 月 日 ・ 小学校就学前) まで

令和6年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合のみ記載してください。)
令和7年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合のみ記載してください。)

- 入園決定・世帯の階層区分の算定等に関して、所得状況等について町担当者が公簿等で確認すること。
- 集団保育の適否及び特別支援等保育の参考のため、町担当者が関係課の保有する情報の閲覧を行うこと。

上記事項について同意します。 保護者氏名

○入園の手引きをよく読んでから記入してください。※印の欄には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ください。

② 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用希望期間	年 月 日から（ 年 月 日・小学校就学前）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) (希望理由)
	(第2希望) (希望理由)
	(第3希望) (希望理由)

③ 保育の利用を必要とする理由等

※表面の「保育の希望の有無」で「有」を選んだ場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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） { }
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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） { }
利用区分の希望		保育を必要とする時間
<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間）	平日	: ~ :
<input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）	土曜日	: ~ :

※申請の結果は、申請書の受付日から30日以内に通知します。

ただし、新年度の認定については事務が集中するためこの限りではありません。

※利用区分は、保護者の就労時間・状況等を認定基準に照らし合わせ、久御山町が決定します。よって、希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

町記入欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	支給認定証番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間)
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可・否 (否とする理由)		年 月 日から 年 月 日まで
入所施設（事業者）名	備 考	

教育・保育給付認定(変更)申請書

令和6年11月15日

(あて先) 久御山町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。また、久御山町が施設型給付費・地域型保育給付費等の認定や副食費の免除判定等に必要市区町村民税の課税情報（同一世帯を含む。）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額等を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

【 新規 変更 】

申請者 (保護者)	住所	久御山町島田ミス/38番地	氏名	久御山 太郎										
	電話番号	075-631-6111	生年月日	平成7年4月15日生										
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2

申請に係る児童名	氏名	(ふりがな) くみやま さつき 久御山 さつき	保護者 との続柄	長女		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女								
	生年月日	令和3年4月5日生	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4
支給認定証番号	記入してください。														
保育の希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	1号認定 (満3歳以上就学前で、保育を必要としない子ども)	保護者の労働、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 (幼稚園等との併願の場合を含む。)				「無」にチェックしてください。								
	<input type="checkbox"/> 有	2号認定 (満3歳以上就学前で、保育が必要な子ども)													
	3号認定 (満3歳未満で、保育が必要な子ども)														
認定希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 翌年度4月1日		<input type="checkbox"/> その他 (年 月 日)												

(注)・「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、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいいます。
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
 ・保育の希望について「有」を選んだ場合は、①～③に、「無」を選んだ場合は、①及び②に必要事項を記入してください。

① 世帯の状況 ※同一住所地に住んでいる人全員(世帯分離している人も含む。)について記入してください。

区分	ふりがな 氏名	児童との続柄	生年月日		性別	勤務先(職業)又は学校名等	同居・別居
			年	月			
児童の世帯	くみやま だろう 久御山 太郎	父	平成7年	4月	15日	男	株式会社 みやま ①・別
	くみやま はなこ 久御山 花子	母	平成7年	12月	5日	女	久御山マーケット ①・別
	くみやま さざんか 久御山 さざんか	兄	平成30年	5月	5日	⑨・女	御牧小学校 ①・別
世帯員			年	月	日生	男・女	当てはまる方はチェックしてください。
			年	月	日生	男・女	
			年	月	日生	男・女	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ・ <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 (年 月 日開始) ・ <input type="checkbox"/> 障害者(児)同居世帯						

世帯の階層区分の算定等に伴う世帯状況申告書

令和 年 月 日

(あて先) 久御山町長

申請者 住所 久御山町

氏名

電話

世帯の階層区分の算定（副食費免除判定に係るものを含む）に伴い、下記のとおり世帯状況を申告します。

(該当するものに☑および記入してください。)

- 生活保護世帯である 母子・父子家庭である
- 同居家族に身体障害者手帳の交付を受けた者がいる（手帳所持者氏名： ）
- 同居家族に療育手帳の交付を受けた者がいる（手帳所持者氏名： ）
- 同居家族に精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者がいる
(手帳所持者氏名：)
- 同居家族に特別児童扶養手当の受給者がいる（受給者名： ）
- 同居家族に障害基礎年金等の受給者がいる（受給者名： ）
- 私立幼稚園、認定こども園等に入園している児童がいる
(園名： 児童名：)
- 特別支援学校 幼稚部、情緒障害児短期治療施設 通所部に入所している就学前児童がいる
(施設名： 児童名：)
- 児童発達支援（通園部門）、医療型児童発達支援（通園部門）を利用している就学前児童がいる
(施設名： 児童名：)

(注意事項)

- ・本申告書の提出は毎年度必要です。(該当しない場合、提出の必要はありません)
- ・申請理由のうち、各手帳の交付を受けている場合は手帳の写し、障害基礎年金を受給している場合は年金証書の写しを添付してください。(マイナンバーでの照会に同意いただける場合は、添付書類を省略できます。)
- ・特別支援学級等の施設等を利用している場合は在籍証明書が必要となる場合があります。
- ・各施設を利用されている場合は、町から各施設へ在園の確認をさせていただく場合があります。
- ・世帯状況等に変更があり、軽減理由に該当しなくなった場合は速やかに申し出てください。
(そのままにされますと、後日、追徴させていただく場合があります。)

児童名 (歳児) 児童名 (歳児) 児童名 (歳児)