様式第１号(第２条関係)

※認定番号	**施設型給付費・地域型保育給付費等給付認定申請書** **兼** **幼稚園・保育所（園）・認定こども園・地域型保育施設　入所（園）申込書**	入所施設名 幼稚園・保育所（園）・認定こども園

令和　　年　　月　　日 ふじみ野市長　宛て 次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等給付認定を申請します。また、入所（園）の希望を申し込みます。 保育料の算定に際し、保護者及びその世帯の市税について職員が閲覧することを承認いたします。	保護者	住所	ふじみ野市
		氏名	
		電話	自　宅　　（　　） 父　携帯　　（　　） 母　携帯　　（　　）

	氏　　名	生　年　月　日	性別	備　　考
申請児童	(ふりがな)	令和　　年　　月　　日生 4／1現在年齢　　歳　　月	男・女	

保育の希望の有無 ○で囲んでください	有　：　保育所等において保育の利用を希望する場合（２号または３号認定申請） 有　：　保育所等及び幼稚園等を併願する場合（１号または２号認定申請） 無　：　幼稚園等において教育の利用を希望する場合（１号認定申請） ※「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、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。

	氏　名（ふりがな）	続柄	生年月日	性　別	職業・学校・施設名・ｸﾗｽ等	備　考
児童と同居する世帯員				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		

生活保護の状況	適用なし　　適用あり（　　年　　月　　日保護開始） ※受給者証の写し添付が必要
ひとり親家庭医療費	適用なし　　適用あり　※受給者証の写し添付が必要

※世帯員については、同一建物・敷地内に住む方全員をご記入ください。　　裏面へ続く

【2026.9】

（裏）

	続柄	必要とする理由	備考
保育を必要とする理由	父	□就労　□保護者の疾病・障害　□介護等 □災害復旧　□求職活動　□就学　□ＤＶ等　□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を記入してください。↓）	
	母	□就労　□妊娠・出産　□保護者の疾病・障害　□介護等 □災害復旧　□求職活動　□就学　□ＤＶ等　□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を記入してください。↓）	
		□就労　□妊娠・出産　□保護者の疾病・障害　□介護等 □災害復旧　□求職活動　□就学　□ＤＶ等　□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を記入してください。↓） 記載不要です	

利用を希望する曜日及び時間	利用曜日（○で囲む）	利用時間
	月・火・水・木・金・土	平日：　時　から　時　まで 土曜：　時　から　時　まで（　　）
利用を希望する施設名	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
	第６希望	理由
利用を希望する期間	令和　年　月　１日　から	□令和　年　月　末日まで □３歳の誕生日まで □小学校就学まで

★幼稚園等記載欄（幼稚園等を経由して市へ提出する場合）　　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
入所契約の有無	有　（令和　　年　　月　　日　契約）　・　無
備考	