

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼保育所等入所申請書（児童台帳）

* 住基 照合		* 番 号										* 新規・継続・転園	* 滞 納	有・無
---------------	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	-------------	-----

年 月 日

〒 _____

保護者住所 上山市 _____

ふ り が な

保護者氏名 _____

自宅 TEL _____ () 携帯 TEL 父 _____ ()

母 _____ ()

*受付

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。必要に応じ、私の世帯の市民税課税台帳及び世帯情報を閲覧すること、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。

※ 記載内容に不正（虚偽）が認められた場合は、認定・利用を取り消す場合があります。

ふりがな		性別	男・女	生 年 月 日			令和 9 年 4 月 1 日 時点									
申請に係る 児童名				年 月 日			満 歳									
認定者番号			個人番号													
※既に認定を受けている場合に記入してください。																
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、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。）														
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願の場合を除く。）														

・「有」を○で囲んだ場合は以下の①～⑥に、「無」を○で囲んだ場合は①、②に必要事項を記入して下さい。

① 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する施設（事業者）名	第 1 希望	(希望理由)	
	第 2 希望	(希望理由)	
	第 3 希望	(希望理由)	
	第 4 希望	(希望理由)	
	第 5 希望	(希望理由)	
	第 6 希望	(希望理由)	
利用を希望する期間		令和 年 月 日から 令和 1 0 年 3 月 3 1 日まで	

*印の欄は記載しないでください。

②申請に係る児童の家族状況（年齢は 令和9年4月1日時点で記入してください。）

区分	氏 名	続柄	同居・別居の別	年齢	生 年 月 日		勤務先・通学先等名称
					個 人 番 号		電話番号
入所児童以外の家族構成	ふりがな	父	同・別		年 月 日		
						TEL	
	ふりがな	母	同・別		年 月 日		
						TEL	
	ふりがな		同・別		年 月 日		
						TEL	
	ふりがな		同・別		年 月 日		
						TEL	
	ふりがな		同・別		年 月 日		
						TEL	
	ふりがな		同・別		年 月 日		
						TEL	
ふりがな		同・別		年 月 日			
					TEL		

令和8年1月1日の住所地 1 上山市 2 その他（ ）	令和9年1月1日の住所地 1 上山市 2 その他（ ）	生活保護の適用 ひとり親世帯	1 適用なし 2 現在適用あり 年 月 日開始 1 該当なし 2 該当あり
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------	--

兄弟の状況（認可保育所・認定こども園の場合） 保育園（ 歳児）	兄弟の状況（幼稚園の場合） 幼稚園（ 歳児）	障がい児施設等を利用している児童（ 歳児）
------------------------------------	---------------------------	-----------------------

ご家族の中で次の制度に該当する方がいらっしゃいますか。
 （身体障がい者手帳・療育手帳・障がい基礎年金・特別児童扶養手当）（ 級）
 該当する方（ ）番号等（ ）障がい名（ ）

③保育の利用を必要とする理由など（該当する項目を○でかこみ、必要事項を記入してください。）

※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のみ記入してください。

※保育の利用を希望する理由についての証明書等を提出していただきます。

保育の利用を必要とする理由	父	1 就労のため A 居宅外勤務 B 自営業（自宅内・自宅外） C 農業 D 内職 2 病気・障がいのため → 病気・障がい名（ ）通院頻度（月・週 回） 3 親族等の介護等のため → 誰を（続柄 ）被介護者の状況（要介護1・2・3・4・5） （手帳などの名称 （ 級）） 4 災害復旧 5 求職活動 6 就学 7 死亡・離婚等の理由により不在のため 8 その他
	母	1 就労のため A 居宅外勤務 B 自営業（自宅内・自宅外） C 農業 D 内職 2 妊娠・出産 → 出産予定日（ 年 月 日） 3 病気・障がいのため → 病気・障がい名（ ）通院頻度（月・週 回） 4 親族等の介護等のため → 誰を（続柄 ）被介護者の状況（要介護1・2・3・4・5） （手帳などの名称 （ 級）） 5 災害復旧 6 求職活動 7 就学 8 死亡・離婚等の理由により不在のため 9 その他
利用希望	利用曜日（月・火・水・木・金・土） 利用時間（ 時 分から 時 分まで）	

④祖父母の状況について記入してください。(上山市外・県外の場合もご記入ください。年齢は令和9年4月1日時点)

父 方	祖 父	氏名	明・大・昭 年 月 日 歳	住所（同居の場合「同居」と記入）
		1 就労中→（居宅外勤務・自営・農業（出荷あり）） 勤務先名称（ ） 勤務先 TEL（ ） 日数（週 日） 時間（ 時 分 ～ 時 分） 2 病気・障がい → 病名・障がい名（ ） 通院頻度（月・週 回） 3 介護 → 誰を（続柄 ） 被介護者の状況（要介護 1・2・3・4・5 ） （手帳などの名称 （ 級）） 4 乳幼児の保育 → 誰を（申請児童からみた続柄 ） 人数（ 人） 5 求職 6 無職 7 死去・離別 ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		
	祖 母	氏名	明・大・昭 年 月 日 歳	住所（同居の場合「同居」と記入）
		1 就労中→（居宅外勤務・自営・農業（出荷あり）） 勤務先名称（ ） 勤務先 TEL（ ） 日数（週 日） 時間（ 時 分 ～ 時 分） 2 病気・障がい → 病名・障がい名（ ） 通院頻度（月・週 回） 3 介護 → 誰を（続柄 ） 被介護者の状況（要介護 1・2・3・4・5 ） （手帳などの名称 （ 級）） 4 乳幼児の保育 → 誰を（申請児童からみた続柄 ） 人数（ 人） 5 求職 6 無職 7 死去・離別 ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		

母 方	祖 父	氏名	明・大・昭 年 月 日 歳	住所（同居の場合「同居」と記入）
		1 就労中→（居宅外勤務・自営・農業（出荷あり）） 勤務先名称（ ） 勤務先 TEL（ ） 日数（週 日） 時間（ 時 分 ～ 時 分） 2 病気・障がい → 病名・障がい名（ ） 通院頻度（月・週 回） 3 介護 → 誰を（続柄 ） 被介護者の状況（要介護 1・2・3・4・5 ） （手帳などの名称 （ 級）） 4 乳幼児の保育 → 誰を（申請児童からみた続柄 ） 人数（ 人） 5 求職 6 無職 7 死去・離別 ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		
	祖 母	氏名	明・大・昭 年 月 日 歳	住所（同居の場合「同居」と記入）
		1 就労中→（居宅外勤務・自営・農業（出荷あり）） 勤務先名称（ ） 勤務先 TEL（ ） 日数（週 日） 時間（ 時 分 ～ 時 分） 2 病気・障がい → 病名・障がい名（ ） 通院頻度（月・週 回） 3 介護 → 誰を（続柄 ） 被介護者の状況（要介護 1・2・3・4・5 ） （手帳などの名称 （ 級）） 4 乳幼児の保育 → 誰を（申請児童からみた続柄 ） 人数（ 人） 5 求職 6 無職 7 死去・離別 ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		

⑤保育所等の利用をご希望のお子さんの保育について記入してください。

現在の 保育 状況	1 父母が保育している → A 仕事を探している B 就労内定 (____年____月～) C 育児休暇・産後休暇中 (____年____月____日) 明け (早め復帰・延長可))
	2 祖父母等が保育している 3 友人・知人に預けている 4 仕事に同伴している
	5 施設利用 → 現在利用している施設の名称 () 利用日数 (週____日) → 利用を開始した年月 (____年____月～) 利用料金 (月額____円)
	6 過去の集団保育利用 → A あり 施設の名称 () B なし
	7 その他 ()

⑥保育所等の利用をご希望のお子さんの健康状況等について記入してください。

健康 状況	◎お子さんの健康状態 1 良好 2 普通 3 弱い		
	◎現在、病院に通院中ですか。 1 通院していない 2 通院している (病名: 病院名:)		
	◎障がい、病気・事故の後遺症等がありますか。 1 なし 2 あり (具体的に:)		
体 質	◎食物アレルギーはありますか。 1 なし 2 あり (食品名:)		
	※「あり」の方のみお答えください。		
	◎給食でアレルギー除去食の提供を希望しますか。 1 希望する 2 希望しない		
乳 幼 児 健 診 の 状 況	◎医師による診断を受けていますか。 1 はい 2 いいえ		
	◎4か月児健診 1 受診 2 未受診 指導事項 (なし・あり:)		
	◎9か月児健診 1 受診 2 未受診 指導事項 (なし・あり:)		
	◎1歳6か月児健診 1 受診 2 未受診 指導事項 (なし・あり:)		
	◎3歳児健診 1 受診 2 未受診 指導事項 (なし・あり:)		
	◎5歳児健診 1 受診 2 未受診 指導事項 (なし・あり:)		
	その結果どうしましたか ()		
◎心身の発達 (言語を含む) について小児科、山形県立こども医療療育センター等の受診をすすめられたことがありますか? 1 なし 2 あり (医療機関名:)			
◎受診されましたか? 1 しない 2 した (診断名: / 経過観察) 3 予約待ち			
その他何か気になることがあれば記入してください。			

※市記載欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 令和 年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 (□標準 □短)
支給 (入所) の可否	支給 (利用) 期間	
可・否 (否とする理由)	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	

※施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して市に提出する場合)

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 (内定) の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約 (内定))) ・ 無
備 考	