第１号様式(第５条様式)

令和９年度　特定教育･保育施設利用申請書

令和　　年　　月　　日

勝央町長　殿

申込者(保護者) 住 所 地　勝田郡勝央町

(フリガナ)
氏　　名

次のとおり、特定教育・保育施設の利用を申請します。

なお、利用負担額の決定にあたり、貴職が必要と認める場合は、私の世帯に関する事項について、貴職が関係機関並びに勤務先に対し勤務内容等を照会し情報の提供を受けることを同意します。

①希望事項

申請児童	氏名 (フリガナ)		性別	男 女	生年月日	令和　年　月　日 令和９年４月１日現在の年齢(　　歳)
	住所地	勝田郡勝央町			保護者との続柄	
保護者住所･連絡先	〒　－　　勝田郡勝央町 電話番号　自宅　　携帯(父)　　携帯(母)					

	第１希望	第２希望	第３希望
利用希望施設			
保育の利用を希望する期間	令和 ９ 年 ４ 月 １ 日 から □就学前まで　□令和　年　月　日 まで		
利用希望曜日時間	□月 □火 □水 □木 □金 □土 午　時　分 から 午　時　分 まで		

②保護者の状況

保育要件		保護者(氏名:　続柄:　)の状況	保護者(氏名:　続柄:　)の状況
就労	就労先名称 電話番号		
	就労開始(予定)日	令和　年　月　日～	令和　年　月　日～
	就労時間	１日　時間 (　:　～　:　) １ヶ月　時間	１日　時間 (　:　～　:　) １ヶ月　時間
	通勤時間	往復　分	往復　分
	産休育休 産休開始日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
	産休育休 産休･育休終了日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
	産休育休 復職予定日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
出産予定		令和　年　月　日	令和　年　月　日
疾病・障害		傷病名(　) 障害手帳(　級　度)	傷病名(　) 障害手帳(　級　度)
介(看)護		(続柄:　)を介(看)護している	(続柄:　)を介(看)護している
就学先名称			
その他		災害復旧・求職活動・その他(　)	災害復旧・求職活動・その他(　)

母子･父子世帯	該当・非該当	在宅障害者	有・無	生活保護受給	有(　年　月　日～)・無

【裏面に続く】

③児童の状況

障害･発達の遅れ･難病	有 ・ 無	有の場合、診断名 （ ）
療育を受けているか	有 ・ 無	有の場合、療育機関名 （ ）
障害手帳	有 ・ 無	
療育手帳	有 ・ 無	
アレルギー	有 ・ 無	食　物（ ） その他（ ）
アナフィラキシーショック症状が起きたことがあるか	有 ・ 無	有の場合、症状が起きたときの状況
健　診	健診（３箇月　１歳６箇月　３歳） 受診 ・ 未受診 受診時、保健師・臨床心理士等から指導がありましたか（ 無 ・ 有 ） ※有の場合、指導内容 （ ）	
その他の病気・発達等で気になること		
現　状	□自家保育　保育者（ ） □他人保育 □施　　設　施設名（ ）	

④市町村民税の税額を確認できる書類について

・令和８年度住民税を勝央町に納付されていた方は、必要ありません。

・令和８年１月２日以降に勝央町に転入の方は令和８年１月１日時点の住所地で、また、他市町村に納付されている方はその市町村で、令和８年度課税証明書を取得し、提出してください(新規入園者のみ)。

※ただし、課税証明書の提出が困難な場合は、世帯全員のマイナンバーが確認できる書類（マイナンバーカード、マイナンバー通知書、マイナンバーが記載された住民票など）、身分証明書を勝央町総合保健福祉センターに持参ください。

※以下、町記入欄----------

利用承諾	令和　年　月　日	利用保留	令和　年　月　日	利用解除	令和　年　月　日
利用決定施設名		備考:			
利用決定期間	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日				
多子減免	有(第２子・第３子以降)・無				
その他減免	有(母子等・在宅障害者)				