

立川市長 殿

施設型給付費・地域型保育給付費 給付認定申請書兼
令和7年度 保育施設利用申込書

通知希望

A1

外あり・R6・R8

施設型給付費・地域型保育給付費に係る給付認定・施設利用について、次のとおり申し込みます。 記入日 年 月 日

保護者	申請者	フリガナ 氏名	生年 月日	S H	電話番号		
	父 母 その他		個人番号				
	配偶者等	フリガナ 氏名	生年 月日	S H	電話番号		
	父 母 その他		個人番号				
現住所	〒 市 町					申請時点で立川市外在住の方	
						転入予定	転入予定日
						有・無	年 月 日頃
申請児童	利用申込みの種別 ※転所希望の場合は、利用中の施設を記入		フリガナ 氏 名		性別	個人番号 生年月日	R7.4.1 の年齢
	1	☐ 新規 ☐ 転所希望 を利用中				平成 令和	歳
	2	☐ 新規 ☐ 転所希望 を利用中				平成 令和	歳
	3	☐ 新規 ☐ 転所希望 を利用中				平成 令和	歳
利用開始希望日		令和 年 月 1 日		出産要件での 申込のみ記入		令和 年 月 まで	
希望施設	第1希望		★申請児童が2人以上の世帯のみ記入してください。 ※必ず①と②の両方に☑してください。				
	第2希望		→	①どちらか1人だけしか入所できない場合の希望			
	第3希望			☐ 1人だけなら誰も入所しない。			同時
	第4希望			☐ 1人だけでも先に入所したい。			順次
	第5希望			②入所できる施設の組み合わせについての希望			
	第6希望			☐ 同じ施設に入所できるのであれば入所するが、 別々になってしまうのであれば誰も入所しない。			同園のみ
	第7希望			☐ 希望順位が低くても、兄弟姉妹が同じ施設に 入ることを優先したい。			同園希望
	第8希望			☐ 同じ施設に入所することよりも、各々が希望順位の 高い施設に入所することを優先したい。			上位希望

※希望施設は、最大で8園までです。
※受入月齢・年齢の対象外施設は選考対象外となります。
※分園・小規模保育施設・家庭的保育施設は、2歳児クラスで卒園となります。3歳児クラス以後は、転所の申請が必要です。

同一世帯の子どもの人数 (申請児童を含む。)	人	※別居中の生計を一にする子がいる場合は、その子との続柄が確認できる書類及び生計が 同一とわかる書類（その子の健康保険証の写し等）を添付してください。
---------------------------	---	---