

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼入所（園）申込書

令和 5年〇〇月〇〇日

保護者氏名 〇〇 〇〇

日高川町長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請し、入所（園）の申込をします。

申請に係る小学校・幼稚園・前も	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	〇〇 □□	〇〇年〇〇月〇〇日生	男・女	有・無
個人番号	1 2 3 x x x x x x x x x			
保護者住所・連絡先	(住所) 日高郡日高川町大字〇〇□□番地 △△号 (連絡先) 0738-22-0000・090-0000-0000(母)			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
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(保育所等と併願の場合を除く)			

(※)・「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、事業所内保育をいいます。(以下同じ)
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・「有」を〇で囲んだ場合は①～④に、「無」を〇で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況(本人以外)

区分	氏名 (個人番号)	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	前(当)年度分市町村民税課税の有無	備考
児童の世帯員	〇〇 〇〇 (234xxxxxxxxxx)	父	S〇年〇月〇日生	男・女	会社員	有・無	
	〇〇 △△ (345xxxxxxxxxx)	母	S〇年〇月〇日生	男・女	パート	有・無	
	〇〇 〇△ (456xxxxxxxxxx)	姉	H〇年〇月〇日生	男・女	〇〇小学校	有・無	
	〇〇 〇□ (567xxxxxxxxxx)	祖父	S〇年〇月〇日生	男・女	無職	有・無	
	〇〇 △□ (678xxxxxxxxxx)	祖母	S〇年〇月〇日生	男・女	無職	有・無	
	()			年 月 日生	男・女		有・無
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用有り (年 月 日保護開始)					

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 6年 4月 1日から 令和 7年 3月 31日まで	
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	かわべ保育所 (希望理由)距離が近い
	第2希望	なかつ保育所 (希望理由)勤務地に近い
	第3希望	みやま保育園 (希望理由)延長保育がある
	事業所番号	

〇「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。
 〇字は楷書ではっきりとボールペン(消えるボールペンは除く)で書いて下さい。

③ 保育の利用を必要とする理由等
 ※ 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記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父 母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <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)) 父 ○○会社勤務 月20日以上 8:30~18:00 母 □□会社パート 月15日以上 9:00~17:00	
	祖父 祖母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <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)) 祖父母とも高齢であり足腰が弱く保育ができない。	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月曜日 から 金曜日まで	8時から18時まで	

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を見ることができ、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。

保護者氏名 ○ ○ ○ ○

市町村記載欄

受付年月日 令和 年 月 日

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		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由) [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
備考		

施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日 令和 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 (令和 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	