

申請する児童ごとに1枚提出してください。

記入例

表面

施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定申請書 兼保育所入所申込書

平成29年 12月 15日

(保護者氏名)

上天草 太郎



上天草市長 様

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな) かみあまくさ さくら 上天草 さくら	年 月 日	男・ 女	有・ 無
	個人番号: 12桁の番号記入	第1 ・2・3・()子		
保護者 住所・連絡先	住所	上天草市〇〇町△△××××番地		
	電話番号	自宅 0964-28-3351	携帯(父) 080-1111-2222	(母) 080-3333-4444
認定者番号	記入の必要はありません ※既に支給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○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	(ふりがな)氏名	続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	障害者手帳の有無	個人番号(※保護者のみ記入してください。)
子どもの世帯員	かみあまくさ たろう 上天草 太郎	父	明・大・昭・平 年 月 日	男・ 女	会社員	有 ・無	有・ 無	12桁の番号記入
	かみあまくさ はなこ 上天草 花子	母	明・大・昭・平 年 月 日	男・ 女	パート	有 ・無	有・ 無	12桁の番号記入
			明・大・昭・平 年 月 日	男・女		有・無	有・無	
			明・大・昭・平 年 月 日	男・女		有・無	有・無	
			明・大・昭・平 年 月 日	男・女		有・無	有・無	
			明・大・昭・平 年 月 日	男・女		有・無	有・無	
生活保護の適用の有無	適用無し 適用有り (年 月 日 保護開始)							

入所する子どもからみた同居する両親、兄弟姉妹、祖父母を記入。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	平成30年 4月 1日 から 第3希望まで理由も記入。 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	事業所番号*
	第1希望 〇〇〇 保育園 (理由) 保育方針が好きだから	記入不要
	第2希望 ××× 保育園 (理由) 自宅に近い	
	第3希望 △△△ 保育園 (理由) 勤務先に近い	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。*印の欄は市及び施設等記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 文字等の記入は楷書ではっきりと書いてください。

裏面へ

該当する項目をチェックし、勤務先等を記入のうえ、具体的な勤務状況等を記入した確認書等（様式1～4）を御提出ください。

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ください。

続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動 具体的な状況（勤務先、求職活動、疾病の状況など） 株式会社〇〇商店
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動 具体的な状況（勤務先、求職活動、疾病の状況など） 株式会社〇〇商店
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭【離婚・別居・死別・未婚・その他（ ）】・ <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・火・水・木・金	8時から 16時まで
	土	時から 時まで（ ）
希望する保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間（8時間以上11時間未満） ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間未満）	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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。

保護者氏名

上天草 太郎

印

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市ではない世帯員の有無（有・無）

（対象となる世帯員の氏名・当時の居住地）

注：表面の① 世帯状況欄に記入した人で該当する人がいる場合のみ記入してください。

*市記載欄

受付年月日	年 月 日					
認定の可否 可・否 (否とする理由) () 年 月 日 認定	認定者番号	認定区分等 <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 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〕	支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日					
入所施設(事業者)		施設の名称				
〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園(連 <input type="checkbox"/> 幼(幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)〕						
備考						
保育料等決定年月日	母子等	障がい等	減免区分等	階層	保育料(円)	備考
年 月 日						
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)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定) (年 月 日契約(内定)) ・ 無
備考	