

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼

令和 〇年 〇月 〇日

大 豊 町 長 様

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) 〇〇〇〇 〇〇〇		平・令 〇〇年 〇月 〇日	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	氏 名		連 絡 先		
	(ふりがな) 〇〇〇〇 〇〇〇		(自宅) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (母) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ()		
	住 所	大豊町〇〇 〇〇番地〇			
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に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況 ※同居・別居にかかわらず、申込児童本人を除く

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との 続柄	生年月日	居 住 形態	収入の有無	生計の状況
児童の 世帯員	〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇	父	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男・女	有・無	同・異
	〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇	母	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男・女	有・無	同・異
	〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇	姉	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男・女	有・無	同・異
	〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇	兄	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男・女	有・無	同・異
	〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇		平・令 年 月 日	男・女	有・無	同・異
生活保護受給者	生活保護受給者 〇 無し 〇 適用有 〇					

育児休業など一時的な休職の場合は収入の有無は「有」に○をしてください。

同居・別居にかかわらず、申込児童を除く家族をすべて記入してください。
進学等で同居していない兄弟も記入してください。
※4月1日時点の状況

生計が同一の場合は「同」、生計が異なる場合は「異」に○をしてください。
別居であっても 常に生活費等の送金が行われているなど扶養関係にある場合は、生計が同一となります。

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する施設名	施設名	希望理由
	第1希望 〇〇保育所	自宅から近い
第2希望		
利用を希望する期間	令和 〇〇年 〇月 〇日 ～ 令和 〇〇年 〇月 〇日	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金 土	〇時 〇分 ～ 〇時 〇分 時 分 ～ 時 分

- 希望期間・曜日・時間は、保育の利用を必要とする理由等の実状に合わせて記入してください。
- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（出産予定日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（出産予定日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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 ○○ ○○

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日		
可・否 (否とする理由)	認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)	記入不要		号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 短)
可・否 (否とする理由)			月) 期間
[<input type="checkbox"/> 施設型			月 日
入所施設 (事業)			月 日
[<input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園			
備考			
*施設記載欄 (事業)			
受付年月日			
施設 (事業))
担当者氏名			
連絡先			
入所契約 (内定)			無
備考			

(裏面)