

(第 号様式)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼施設利用申請書

令和 3 年 11 月 1 日

保護者氏名 下市 太郎



下市町長 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ます。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 ふりがな しもいち いちろう 下市 一郎	生年月日 平成 31 年 4 月 2 日生	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	障害者手帳の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者住所・連絡先	(住所) 〒638-0041 下市町大字〇〇 〇〇〇番地 (連絡先) 0747-52-〇〇〇〇 090-****-*****(母親 携帯)			
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(※)	<input checked="" type="radio"/> 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(幼稚園等との併願の場合を含む) <input type="checkbox"/> 短時間認定 <input type="checkbox"/> 標準時間認定 <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く)			

(※)

- ・「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)
- ・保育の希望をされる方は、短時間認定(8時間)または標準時間認定(11時間)の希望もご記入ください。
- ・「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

区分	氏名	児童との続柄	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	備考
児童の世帯員	(ふりがな) しもいち たろう 下市 太郎	父	S50年12月24日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	会社員	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	
	(ふりがな) しもいち はなこ 下市 花子	母	S52年8月8日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	パート	有 <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) しもいち ごんた 下市 ごんた	兄	H26年2月14日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	下市小学校	有 <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな)			男・女		有・無	
	(ふりがな)			男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し・適用有り(平成 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 4 年 4 月 1 日から 令和 6 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	事業所番号*
	第1希望 〇〇〇こども園 (希望理由) 自宅から近いため	
	第2希望 △△△保育所 (希望理由) 雰囲気が良いため	
	第3希望 ×××保育園 (希望理由) 兄弟が通園しているため	

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

○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

※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	<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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <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)) (株)下市商事に勤務 月曜日～金曜日、8:30～17:15、月20日		
	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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <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)) (株)下市商事でパート勤務 月曜日～金曜日、10:00～16:00、月16日		
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	9 時から	17 時まで

※利用希望時間を必ずチェックしてください。

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 下市 一郎

必ず記名押印してください。

* 市町村記載欄

受付年月日 平成 年 月 日

認可の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 平成 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 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
入所施設(事業者)名		
(<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事))		
備考		

* 施設記載欄(施設(事業者)を經由して市町村に提出する場合)

受付年月日 平成 年 月 日

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定 (平成 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

(裏面)