

支給認定申請書

日之影町長 殿

保護者氏名

日之影 太郎

印

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	障がいの有無
	(ふりがな) ひのかげ さくら 日之影 桜	H29.●●	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	無し ※有りの場合は証明できるものの写しを提出してください。
保護者住所・連絡先	882-●●●● (住所) 日之影町大字 ●●▲▲▲▲番地 (連絡先) 携帯 (父) 080-●●●●-▲▲▲▲ (母) 080-●●●●-▲▲▲▲ (自宅) ●●-××××			
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。		個人番号	継続者は記載不要
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下さい。

①世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	事業所(学校)名	町民税課税状況	障がいの有無	備考
			個人番号					
児童の世帯員	日之影 太郎	父	S56.○,○ 継続者は記載不要	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	〇〇会社	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	日之影 花子	母	S56.○,○ 継続者は記載不要	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇会社	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	日之影 次郎	弟	H30.▲,▲ 継続者は記載不要	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	〇〇保育園	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
父母 → 兄弟姉妹 → 祖父母 → その他の順で記載してください。 継続利用される方もしくはすでに兄弟が入っている方はマイナンバーの記載は不要です。 障がいの有無が「有」の場合は証明できるものの添付をお願いします。								
生活保護の適用の有無			<input checked="" type="radio"/> 適用無し <input type="radio"/> 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○月○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					事業所番号*
	第1希望	〇〇保育園	(希望理由)	例)家から近いため		
	第2希望	▲▲保育園	(希望理由)	例)家から近いため		
	第3希望	□□認定こども園	(希望理由)	例)親の職場から近いため など		

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*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	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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))	
		〇〇会社 8:30~17:15 週平均5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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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))	
〇〇会社 8:30~17:15 週平均5日			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		利用時間
希望する利用時間	利用曜日		8:00 から 17:30 まで
	<input type="checkbox"/> 日曜 <input checked="" type="checkbox"/> 月曜 <input checked="" type="checkbox"/> 火曜 <input checked="" type="checkbox"/> 水曜 <input checked="" type="checkbox"/> 木曜 <input checked="" type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜		<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間希望 <input type="checkbox"/> 短時間希望

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 日之影 太郎



*市町村記載欄

受付年月日		
認定の可否 可・否 (否とする理由)	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 至	
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"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <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(事業所)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日		
施設(事業者)名		
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 (年 月 日契約(内定))) ・ 無	
備考		