

支給認定申請書

保護者氏名 日之影 太郎

日之影町長 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<br>学校就学前子<br>ども | 氏 名                                                                                            | 生年月日    | 性別                                     | 障がいの有無                                |
|                        | <small>(ふりがな)</small><br>ひのかげ さくら<br>日之影 桜                                                     | 生年月日を記入 | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 無し<br>※有りの場合は証明できるものの<br>写しを提出してください。 |
| 保護者<br>住所・連絡先          | 882-●●●●<br>(住所) 日之影町大字 ●● ▲▲▲▲番地<br>(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<br>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<br>希望する場合 (幼稚園等と併願の場合を含む)                                 |         |                                        |                                       |
|                        | <input checked="" type="radio"/> 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<br>続柄                                                                                   | 生年月日     | 性別                                     | 事業所(学校)名 | 町民税<br>課税状況                            | 障がいの<br>有無                             | 備考 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------|----------|----------------------------------------|----------------------------------------|----|
|                                                                                                                       |        |                                                                                              | 個人番号     |                                        |          |                                        |                                        |    |
| 児童の<br>世帯員                                                                                                            | 日之影 太郎 | 父                                                                                            | 生年月日を記入  | <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 | 〇〇会社     | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 |    |
|                                                                                                                       |        |                                                                                              | 継続者は記載不要 |                                        |          |                                        |                                        |    |
|                                                                                                                       | 日之影 花子 | 母                                                                                            | 生年月日を記入  | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 〇〇会社     | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 |    |
|                                                                                                                       |        |                                                                                              | 継続者は記載不要 |                                        |          |                                        |                                        |    |
|                                                                                                                       | 日之影 次郎 | 弟                                                                                            | 生年月日を記入  | <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 |          | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 |    |
|                                                                                                                       |        |                                                                                              | 継続者は記載不要 |                                        |          |                                        |                                        |    |
| 父母 → 兄弟姉妹 → 祖父母 → その他の順で記載してください。<br>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。<br><br>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           | 西暦 2025年 ○ 月 ○ 日 から 2026 年 3 月 31 日 まで |          |                         |        |
| 利用を希望する<br>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                                   | 〇〇幼稚園    | (希望理由) 例) 現在利用しているため    |        |
|                     | 第2希望                                   | ▲▲幼稚園    | (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。

※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。

# 記載不要

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**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |       |                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受付年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |                                                                                                                                                  |
| 認定の可否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 認定者番号 | 認定区分等                                                                                                                                            |
| 可 ・ 否<br>(否とする理由)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |       | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br>( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 ) |
| 支給（入所）の可否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |       | 支給（利用）期間                                                                                                                                         |
| 可 ・ 否<br>(否とする理由)<br><br>[ <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<br><br>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 ) )<br>( <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |       |                                                                                                                                                  |

|              |                                       |  |
|--------------|---------------------------------------|--|
| 受付年月日        |                                       |  |
| 施設（事業者）名     |                                       |  |
| 担当者氏名<br>連絡先 | (担当者)<br>(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          |                                       |  |