

(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  
保育所(園)・認定こども園等 入所申込書

平成 年 月 日

保護者氏名

印

市 貝 町 長 様  
(施設長 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	認定者番号 個人番号(マイナンバー)
	(ふりがな)	年 月 日	男・女	-----
保護者 住所・連絡先	(住所) 市貝町大字			
	自宅	携帯 (父)	携帯 (母)	
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)			

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。

保育の利用 を必要とす る理由	続柄	必要とする理由	備考
		<input 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))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有( )
その他特記事項	無・有( )

③世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	個人番号 (マイナンバー)
児 童 の 世 帯 員	(ふりがな)		年 月 日			有・無	
	(ふりがな)		年 月 日			有・無	
	(ふりがな)		年 月 日			有・無	
	(ふりがな)		年 月 日			有・無	
	(ふりがな)		年 月 日			有・無	
	(ふりがな)		年 月 日			有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り(平成 年 月 日保護開始)					

※「世帯の状況」の欄は、申請児童の両親及び同居している親族等の全員について記入してください。(表面)

④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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで					
希望する 利用時間	利用曜日			利用時間		
	月・火・水・木・金・土 不定期（平均週 日）			時 分から 時 分まで		
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由					
	第1希望			(希望理由)		
	第2希望			(希望理由)		
	第3希望			(希望理由)		

⑤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 印

\*市町村記載欄

受付年月日	平成 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 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
平成 年 月 日認定		
支給(入所)の可否 (可・否) (否とする理由)		支給(利用)期間
〔 □施設型 □地域型 □特例施設型 □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		
〔 □認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事) 〕		
備考		

\*施設記載欄(施設(事業者)を経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 連絡先	(担当者) (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		