

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(あて先) 潮来市長

記入例

保護者氏名 潮来 太郎

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	個人番号 【マイナンバー(12桁)】
	(ふりがな) <small>いたこ はなこ</small> 潮来 花子	○年 ○月 ○日生	男 (女)	123456789123
保護者住所・連絡先	(住所)	潮来市辻626		
	(電話番号)	×××-××××-	(連絡先電話番号)	×××-××××-
保育の希望の有無(*1)	(有)	保護者の労働又は疾病等により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等を含む) (2・3号認定)		
	(無)	幼稚園等の利用を希望する等と併願の場合を除く (1号認定)		

- (*1) ・「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。
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

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下さい。

続柄	父・母・その他		父・母・その他	
	保育を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 ↳就労証明書等	就労証明を提出 別紙	<input type="checkbox"/> 就労 ↳就労証明書等
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 ↳母子健康手帳等		出産(予定)日 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 ↳母子健康手帳等	出産(予定)日 ○年 ○月 ○日
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい ↳診断書等 ↳障害者手帳等		病名・症状等	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい ↳診断書等 ↳障害者手帳等	病名・症状等
<input type="checkbox"/> 介護等 ↳介護保険証等		被介護等者氏名 [続柄]	<input type="checkbox"/> 介護等 ↳介護保険証等	被介護等者氏名 [続柄]
<input type="checkbox"/> 災害復旧 ↳罹災証明書等			<input type="checkbox"/> 災害復旧 ↳罹災証明書等	
<input type="checkbox"/> 求職活動 ↳求職票等			<input type="checkbox"/> 求職活動 ↳求職票等	
<input type="checkbox"/> 就学 ↳在学証明書等		学校名 入学予定日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就学 ↳在学証明書等	学校名 入学予定日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 虐待・DV ↳要相談			<input type="checkbox"/> 虐待・DV ↳要相談	
<input type="checkbox"/> 育児休業 ↳育児休業証明等		取得(予定)期間 ~	<input type="checkbox"/> 育児休業 ↳育児休業証明等	取得(予定)期間 ~
<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> その他	
備考				

②申請児童に関する情報

障害者手帳の情報	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無・有 ()
その他特記事項	

③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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (*2)	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時 分～ 時 分 まで
保育の必要量の希望	保育標準時間・保育短時間	※就労等の実態によって、保育の必要量の判定をします。
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由(*3)	
	第1希望 ○○認定こども園	(希望理由) 自宅から近いため
	第2希望 ××認定こども園	(希望理由) 自宅から近いため
	第3希望 △△認定こども園	(希望理由) 勤務地から近いため

(*2) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*3) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

記入例

④世帯の状況

ひとり親世帯等	<input type="radio"/> 非該当・該当 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)						
生活保護の適用	<input type="radio"/> 非該当・該当 (年 月 日 保護開始)						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業 又は 学校名等	個人番号 【マイナンバー(12桁)】	備考
児童の 世帯員	(ふりがな) いたこ たろう 潮来 太郎	○年 ○月 ○日生	男・女	父	会社員	123456789124	
	(ふりがな) いたこ とも 潮来 友美	○年 ○月 ○日生	男・女	母	パートタイム	123456789125	
	(ふりがな) いたこ さく 潮来 桜	○年 ○月 ○日生	男・女	姉	○○小学校	123456789126	
	(ふりがな) いたこ いちお 潮来 市男	○年 ○月 ○日生	男・女	兄	○○認定こども園	123456789127	
	(ふりがな) 潮来 ××	○年 ○月 ○日生	男・女	祖父		123456789128	※「児童の世帯員」欄には同居している親族全員の記入をお願いします。
	(ふりがな) 潮来 ××	○年 ○月 ○日生	男・女	祖母		123456789129	

⑤管外保育の申請(希望者のみ記入)

相手方市町村 _____ ○○市

市外の保育施設の利用を希望する方のみ

希望施設	第1希望	○○認定こども園	第2希望	○○保育園	第3希望	○○幼稚園
------	------	----------	------	-------	------	-------

管外保育希望理由

どのような理由で市内の保育所等の利用が困難なのか、また管外保育が必要となるのかをできるだけ詳しく記入してください。

(例)

保護者の勤務地が当該市町村にあり、勤務地からの移動時間等を勘案すると潮来市内の保育施設を利用すると施設の開所時間中の送迎が困難であるため。

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄 (直筆で署名)

市が施設型給付費・地域型保育給付費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 **潮来 太郎**