

# 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

保護者氏名

(あて先) 潮来市長

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)	年 月 日生	男・女	
保護者住所・連絡先	(住所) (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) (2・3号認定) 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 type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 就労証明書等	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 就労証明書等
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳等	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳等
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input checked="" type="checkbox"/> 診断書等 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input checked="" type="checkbox"/> 診断書等 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳等
	<input type="checkbox"/> 介護等 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証等	<input type="checkbox"/> 介護等 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証等
	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 罹災証明書等	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 罹災証明書等
	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input checked="" type="checkbox"/> 求職票等	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input checked="" type="checkbox"/> 求職票等
	<input type="checkbox"/> 就学 <input checked="" type="checkbox"/> 在学証明書等	<input type="checkbox"/> 就学 <input checked="" type="checkbox"/> 在学証明書等
	<input type="checkbox"/> 虐待・DV <input checked="" type="checkbox"/> 要相談	<input type="checkbox"/> 虐待・DV <input checked="" type="checkbox"/> 要相談
	<input type="checkbox"/> 育児休業 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業証明書等	<input type="checkbox"/> 育児休業 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業証明書等
	<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	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	

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	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

(\*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。

④世帯の状況

ひとり親世帯等	非該当 ・ 該当（□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯）						
生活保護の適用	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)】 ※保護者のみ記入	備考
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				

⑤管外保育の申請（希望者のみ記入）

相手方市町村 \_\_\_\_\_

希望施設	第1希望		第2希望		第3希望	
------	------	--	------	--	------	--

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。
---

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