

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

年 月 日

銚田市長 あて

〒311-

住所（居住地） 銚田市

保護者氏名

印

連絡先

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等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		保護者との続柄	生年月日		性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)			年 月 日生			
緊急連絡先	1	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	2	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）		男・女	有・無
転入日 (転入者のみ)	年 月 日 (※ 年1月2日以降に銚田市に転入した場合に記入してください。)			認定番号	() ※既に支給認定を受けている場合に記入してください。		
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 : 幼稚園等だけを希望する場合						
利用を希望する施設名	第1希望	第2希望	第3希望				

(※)

- ・「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。

①税情報等の提供に当たっての同意（ただし、市に情報がない場合には、課税証明書等の提出が必要です。）

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市民税情報（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。

保護者名

印

②世帯の状況（住民票が別でも、同居している方、単身赴任をしている方は記入してください。）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	性別	職業又は学校名等	備考
児童の世帯員	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号:	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号:	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号:	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号:	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号:	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号:	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号:	
生活保護の適用の有無		該当なし ・ 該当あり (年 月 日保護開始)					
在宅障害者(児)		該当なし ・ 該当あり(氏名)					
ひとり親世帯		該当なし ・ 該当あり					

※③以降は「保育の希望の有無」で、「有」を選択した方のみご記入ください。

③保育の利用を必要とする理由等（証明書類等の添付が必要です。）

保育の利用を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労(育休明け)(復職 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労内定(年 月 日・入所後) ・家庭外(常勤・パート・農業・自営・派遣・その他) ・家庭内(内職・自営・その他) ・勤務時間 時 分 ~ 時 分 ・勤務日数 1月あたり 日 1週間あたり 日 ・勤務先名 勤務地		
		<input type="checkbox"/> 疾病(病名: 発症 年 月頃から 入院 年 月~ 年 月 通院 回) <input type="checkbox"/> 障害(障害名 手帳種類 身体・精神・療育・障害年金 級 A・B・C その他) <input type="checkbox"/> 看護・介護(対象者 続柄 病名 住所)		
		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況()		
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 調定中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他()		
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労(育休明け)(復職 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労内定(年 月 日・入所後) ・家庭外(常勤・パート・農業・自営・派遣・その他) ・家庭内(内職・自営・その他) ・勤務時間 時 分 ~ 時 分 ・勤務日数 1月あたり 日 1週間あたり 日 ・勤務先名 勤務地		
		<input type="checkbox"/> 疾病(病名: 発症 年 月頃から 入院 年 月~ 年 月 通院 回) <input type="checkbox"/> 障害(障害名 手帳種類 身体・精神・療育・障害年金 級 A・B・C その他) <input type="checkbox"/> 看護・介護(対象者 続柄 病名 住所)		
		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況()		
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 調定中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他()		
利用を希望する期間		年 月 日から 年 月 日まで・就学前まで		
希望する利用曜日	曜日から 曜日まで		希望する利用時間	時 分から 時 分まで (時間 分)

④児童の現在の状況

1. 父母が保育している	→	A. 仕事を探している	B. 就職内定 (____年__月から)
		C. 育児休暇・産後休暇中 (____年__月__日)	明け (早め復帰・延長可)
2. 祖父母等が保育している	→	(父方・母方)	(祖父・祖母・その他)
3. 友人・知人に預けている	→	(氏名	/住所)
4. 仕事に同伴している	→	(同伴している人 / 父・母・祖父・祖母・その他)	
5. 施設利用	→	現在利用している施設の名称 ()	利用日数 (週__日)
	→	利用を開始した年月 (____年__月～)	利用料金 (月額__円)
6. その他	(

⑤きょうだい（就学前児童）の現在の状況（きょうだいがいる場合のみ記入）

1. 父母が保育している	→	A. 仕事を探している	B. 就職内定 (____年__月から)
		C. 育児休暇・産後休暇中 (____年__月__日)	明け (早め復帰・延長可)
2. 祖父母等が保育している	→	(父方・母方)	(祖父・祖母・その他)
3. 友人・知人に預けている	→	(氏名	/住所)
4. 仕事に同伴している	→	(同伴している人 / 父・母・祖父・祖母・その他)	
5. 施設利用	→	現在利用している施設の名称 ()	利用日数 (週__日)
	→	利用を開始した年月 (____年__月～)	利用料金 (月額__円)
6. その他	(

⑥祖父母の状況（状況により証明書類等の添付が必要です。）

父方	祖父 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別		
		①就労	常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日	
		②疾病	病名:	診療機関名:
			入院・外来: 年 月～	外来回数: 週・月 回
		③看護・介護	対象者名:	対象者住所:
	児童との続柄:		理由 (病名等):	
	④その他	理由 (具体的に):		
	祖母 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別		
①就労		常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日		
②疾病		病名:	診療機関名:	
		入院・外来: 年 月～	外来回数: 週・月 回	
③看護・介護		対象者名:	対象者住所:	
	児童との続柄:	理由 (病名等):		
④その他	理由 (具体的に):			
母方	祖父 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別		
		①就労	常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日	
		②疾病	病名:	診療機関名:
			入院・外来: 年 月～	外来回数: 週・月 回
		③介護・看護	対象者名:	対象者住所:
	児童との続柄:		理由 (病名等):	
	④その他	理由 (具体的に):		
	祖母 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別		
		①就労	常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日	
		②疾病	病名:	診療機関名:
入院・外来: 年 月～			外来回数: 週・月 回	
③介護・看護		対象者名:	対象者住所:	
	児童との続柄:	理由 (病名等):		
④その他	理由 (具体的に):			

※裏面の記入上の注意、留意事項をご確認ください。

(記入上の注意)

- ・同世帯で2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。
- ・「①税情報等の提供に当たっての同意」は、記載内容を確認のうえ、署名・捺印してください。

(留意事項)

- ・申請書等に記載した事項については、教育・保育の運営等に必要と認められる場合に、特定教育・保育施設等に情報提供することがあります。
- ・保育の必要性の該当事由により、希望する認定が受けられない場合や、利用期間及び利用時間の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知ください。

*市記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由) 年 月 日認定		<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	支給 (利用) 期間	
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]	自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設 (事業者) 名		
入所施設名 (事業者) 名 ()		
[<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <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)		

*施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設 (事業者) 名	(事業所番号:)
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(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	

