

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	個人番号	男・女	有・無
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 ()	
転入日 (転入者のみ)	年 月 日 (※平成31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（ ）
		<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
	母	<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 可 ・ 否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <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 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]		支給(利用)期間 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)を經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 連絡先	(担当者) (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	