

別 記

第1号様式(第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(記入例)

年 月 日

保護者氏名
個人番号

御宿 太郎
○○○○○○○○○○



御宿町長

宛

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	障害者手帳の有無
	個人番号			
	御宿 花子 ○○○○○○○○○○	平成28年10月30日	女	無
保護者 住所・連絡先	(住所) 御宿町須賀○○○番地			
	(連絡先) 0470-○○-○○○○			
認定者番号				
保育の 希望の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有	保護者の労働、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)		
	<input type="radio"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所と併願の場合を除く)		

(※)

- ・ 「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。
- ・ 「有」を○で囲んだ場合は①から④に、「無」を○で囲んだ場合は、①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との 続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名	前年度分 (当年度分) 町民税課税 の有無	備考
	個人番号						
児童の 世帯員	御宿 太郎 ○○○○○○○○○○	父	S52年1月1日	男	会社員	有	
	御宿 夏子 ○○○○○○○○○○	母	S53年10月1日	女	パート	無	
	御宿 花子 ○○○○○○○○○○	本人	H28年10月30日	女		無	
生活保護の適用の有無		適用無し(○) ・ 適用有り() 年 月 日保護開始)					

②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2年4月1日から 令和5年3月31日まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	事業所番号 (※町記載欄)
	第1希望 おんじゅく認定こども園 (希望理由)	
	第2希望 (希望理由)	
	第3希望 (希望理由)	

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働、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に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由				備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間、就労日数、疾病の状況等)) 株式会社〇〇〇 8時30分~17時15分 20日	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 介護	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間、就労日数、疾病の状況等)) スーパー〇〇〇 10時00分~15時00分 15日	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 介護	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外					
希望する利用時間	利用曜日		利用時間			
	月曜日から 金曜日まで		8時から 16時まで			

④税情報等の提供に当たっての署名欄

御宿町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な町民税の情報(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 **御宿 太郎** 

町記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定者番号	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		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]		
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <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)		
備考		

※施設記載欄(施設(事業者)を經由して御宿町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業者番号:)
担当者・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	