

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

(あて先) 伊奈町長

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。
 また、町が施設型給付費・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及び入所申込みに関する書類等について、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。

令和 1 年 11 月 9 日

個人番号

保護者氏名 **伊奈 太郎** 印 記入不要(別紙に記入ください)

保護者氏名 **伊奈 花子** 印 記入不要(別紙に記入ください)

申請児童	氏名		生年月日	性別	認定者番号 ※すでに認定済の場合
	(ふりがな) いな さぶろう 伊奈 三郎		<input checked="" type="checkbox"/> 令和 平成 1 年 5 月 8 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
保護者 住所・連絡先	現住所	〒 362-●●●● 伊奈町大字小室●●●●番地			
	平成31年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 同上 埼玉県●●市●●●●一丁目●●番地			
	連絡先	自宅 048(●●●)●●●●	携帯 父●●●(●●●●)●●●●		
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 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)以下 ①、②、③を記入			
	<input type="checkbox"/> 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)以下 ①と③のみ記入			
児童の手帳保持	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	

※ 「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世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	申請時の年齢	性別	職業又は学校名等	備考	※多子軽減	家庭の状況
児童以外の世帯員	(ふりがな) いな たろう 伊奈 太郎	父	●●	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	会社員		<input type="checkbox"/> 対象	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭
	(ふりがな) いな はなこ 伊奈 花子	母	●●	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	看護師		<input type="checkbox"/> 対象	
	(ふりがな) いな いちろう 伊奈 一郎	兄	●●	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	●●小学校 ●年生		<input type="checkbox"/> 対象	生活保護適用の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり 保護開始日 (年 月 日)
	(ふりがな) いな じろう 伊奈 次郎	兄	●	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 対象	
	(ふりがな) いな うめ 伊奈 ウメ	祖母	●●	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	無職		<input type="checkbox"/> 対象	
	(ふりがな)				男・女		<input type="checkbox"/> 対象	
	(ふりがな)				男・女		<input type="checkbox"/> 対象	

※多子軽減対象施設に入園・入所している場合は、にチェックをつけてください。

◎父または母が児童と同居していない場合、その状況について以下に記入してください。

同居していない者の氏名等 ※死亡の場合は記入不要	氏名 伊奈 太郎 (続柄: <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) 住所 大阪市●●●丁目●●番地				
同居していない理由	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任	<input type="checkbox"/> 調停中	左記理由となった日 平成●●年●月●日

※裏面も記入してください。

②保育の利用を必要とする理由等

※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	
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)) (株)●●商事 月～金 9時～18時 月20日勤務	
保育の利用を必要とする理由	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)) ●●●病院 月～金 9時～16時(月1～2回土曜勤務あり) 月22日勤務	
	必要とする曜日	1日のうちで必要とする時間	備考※
保育の利用を必要とする時間等	<input checked="" type="checkbox"/> 平日(月～金)	(8:30 ~ 17:00 まで)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 土曜日	(8:30 ~ 17:00 まで)	月1～2回程度利用

※備考欄には、上記の必要とする曜日、時間等において補足する事項がある場合に記入してください。

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 2 年 4 月 1 日から 令和 ●● 年 ● 月 ●● 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 *記入不要
	第1希望 ○保育所 (希望理由) 以前兄が在籍していたため	
	第2希望 △△保育園 (希望理由) 自宅から近いため	
	第3希望 ××保育所 (希望理由) 自宅から近いため	
	第4希望 ●●●保育園 (希望理由) 自宅から近いため	
	第5希望 □□保育園 (希望理由) 通勤途中にあるため	
	第6希望 ×××保育園 (希望理由) 通勤途中にあるため	
	第7希望 △△△保育園 (希望理由) 保育方針に共感したため	

以下は記入しないでください。

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可 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)
否 (理由)		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可 [<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
否 (理由)		至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
(<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) <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)]		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

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	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 契約 · <input type="checkbox"/> 内定(年 月 日契約(内定)) <input type="checkbox"/> 無
備考	