

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 年 月 日

個人番号

保護者氏名

(別紙にご記入ください)

保護者氏名

(別紙にご記入ください)

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)		令和 年 月 日生	男・女	
保護者 住所・連絡先	現住所	〒			
	令和8年1月1日現在の住所	☐ 同上			
	連絡先	自宅 ()	携帯 ()		
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）以下 ①、②、③を記入			
	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	有 ・ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 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)			男・女			☐ 対象	☐ ひとり親家庭
	(ふりがな)			男・女			☐ 対象	☐ 上記以外
	(ふりがな)			男・女			☐ 対象	
	(ふりがな)			男・女			☐ 対象	生活保護適用の有無
	(ふりがな)			男・女			☐ 対象	
	(ふりがな)			男・女			☐ 対象	
	(ふりがな)			男・女			☐ 対象	
				男・女			☐ 対象	☐ 適用なし
				男・女			☐ 対象	☐ 適用あり
				男・女			☐ 対象	保護開始日 (年 月 日)

※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 (続柄： ☐ 父 ☐ 母) 住所				
同居していない理由	☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ 単身赴任 ☐ 調停中 ☐ 未婚 ☐ その他 ()	左記理由となった日		年 月 日	

※裏面も記入してください。

※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。

※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。

利用を希望する期間	令和 年 月 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 （希望理由）	
	第２希望 （希望理由）	
	第３希望 （希望理由）	
	第４希望 （希望理由）	
	第５希望 （希望理由）	
	第６希望 （希望理由）	
	第７希望 （希望理由）	

以下は記入しないでください。

*施設記載欄（施設（事業者）を經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	☐ 有 （ ☐ 契約 ・ ☐ 内定（平成 年 月 日契約（内定）） ☐ 無
備 考	