

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼利用申込書

年 月 日

錦江町長 様
(管理者様)

保護者 住 所 錦江町

氏 名

自宅電話

父携帯

母携帯

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の申請兼施設利用の申込をします。

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
	ふりがな	年 月 日生	男・女	有・無
個 人 番 号	※マイナンバーを記入してください。			
支給認定番号	※既に認定を受けている場合は記入してください。			
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（幼稚園との併願の場合を含む。）		
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願の場合を除く。）		

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育所分）、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。
- ・「保育の希望の有無」の欄で「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、④、⑤に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区 分	氏 名	子ども との続柄	生 年 月 日	性 別	職業又は 学校名	個 人 番 号 (マイナンバー)
子 ど も の 世 帯 員	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
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）					
児童扶養手当等の有無	・ 児童扶養手当 適用無し ・ 適用有り（ 年 月 日受給開始）					
	・ ひとり親医療 適用無し ・ 適用有り（ 年 月 日受給開始）					
障害者手帳の有無	無 ・ 有（対象者名： ）					

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	年 月 日 から 年 月 日 まで
利用希望する 施設（事業者）名	施 設 （ 事 業 者 ） 名 ・ 希 望 理 由
	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

- 希望する施設のみ記入してください。
- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

※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
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 病人の看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 育児休業等 ☐ 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）		
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 病人の看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 育児休業等 ☐ 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）		
	家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 在宅障害児(者)のいる家庭 ・ ☐ 左記以外		
希望する利用時間	利用時間		利用曜日	
	時から	時まで	曜日から 曜日まで	

市町村が施設型給付費・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_____

[illegible]

受 付 年 月 日	年 月 日
-----------	-----------------

施 設（ 事 業 者 ） 名	印
利用契約（内定）の有無	有（ 契約・内定（ 年 月 日契約（内定）） ） ・ 無
備 考	

認 定 の 可 否		年 齢	認 定 番 号	認 定 区 分 等
可 ・ 否 (否とする理由)		歳		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標準 ☐ 短時)
年 月 日認定				
支 給 (入所) の可否		支 給 (利用) 期 間		
可 ・ 否 (否とする理由)		自 年 月 日 至 年 月 日		
☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型				
入所施設 (事業者) 名		事業所番号		町民税額 (所得割課税額等)
保育園 認定こども園 幼稚園		年度		保 育 料
		年度		
処理及び経過記入欄				