

記入例

施設型給付費等支給認定申請書兼保育所入所(施設利用)申込書

令和4年 11月 ○日

嬬恋村長 様

次のとおり、施設型給付費等に係る支給認定を申請し、併せて入所を申し込み

令和4年1月1日の住所が現住所と異なる場合には記入

現住所	〒377-1234 嬬恋村大字〇〇5678-910		
1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	押印してください	
フリガナ	ツモイ タロウ	生年月日	連絡先
申請者(保護者)	嬬恋 太郎	平成2年5月1日	自宅・父携帯・母携帯・その他) 0279 - 96 - 0515
フリガナ	ツモイ シロウ	生年月日	性別
申請児童	嬬恋 二郎	令和3年4月5日	男・女
認定者番号	個人番号: 〇〇〇〇△△△△×××× ※既に支給認定を受けている場合に記入してください。		
利用を希望する施設(事業所)名	第1希望	東部こども園	(希望理由) 両親が就労のため
	第2希望		(希望理由)
利用希望期間	令和5年 4月 1日から	令和6年 3月 31日まで	
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(施設)の利用を希望する場合 無: 同等の利用を希望する場合		

保育の希望の有無は「有」に○。
幼稚園の入園申込は申請書が異なりますのでご注意ください。

1年更新になりますので希望期間の終了日は令和6年3月31日にしてください。

◆世帯の状況 同居者を全員記入してください。

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障害児(者)のいる世帯(氏名:) <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外						
生活保護の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(年 月 日保護開始)						
認定対象児童の同居人	氏名	児童との続柄	入所時の年齢	性別	勤務先又は学校名等	前年度分(同年度分)市町村民税課税の有無	個人番号
	嬬恋 太郎	父	32	男・女	〇〇株式会社	有・無	〇〇〇〇×××△△△△
	嬬恋 花子	母	32	男・女	〇〇スーパー	有・無	×××△△△△〇〇〇〇
	嬬恋 一郎	兄	6	男・女	東部小学校	有・無	△△△△〇〇〇〇××××
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	

同居している家族全員をご記入ください

◆税情報等の提供にあたっての署名

市町村が施設型給付費・地域型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

押印してください

保護者氏名 嬬恋 太郎

裏面の【保育の利用を必要とする理由等】も記入してください。

◆保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働また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。

続柄	保育の認定基準						備考
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他()	<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	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他()	<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"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他()	<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"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他()	<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	

***** 保護者の方の記入はここで終了です *****

※市町村記入欄

認可の可・否		認定区分	認定者番号
可	否(否とする理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号(標準・短時間) <input type="checkbox"/> 3号(標準・短時間)	
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
<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		至	年 月 日
入所施設(事業者)名			
施設名			
<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))			

※施設記入欄(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	(担当者)
連絡先	(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	