

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

年 月 日

孺恋村長 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ます。

現住所	〒 孺恋村大字			
1月1日の住所	□同上			
フリガナ		生年月日	連絡先	
申請者(保護者)	印	年 月 日	(自宅・父携帯・母携帯・その他) - -	
フリガナ		生年月日	性別	年齢
申請児童	個人番号:	年 月 日	男・女	歳 (入園年4.1現在)
認定者番号	※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 (希望理由)			
	第2希望 (希望理由)			
利用希望期間	年 月 日から		年 月 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、保育所等において保育の利用を希望する場合			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合			

(※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育等といいます。  
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

◆世帯の状況 同居者を全員記入して下さい。

家庭の状況	□ひとり親家庭 □障害児(者)のいる世帯(氏名: ) □左記以外						
生活保護の状況	□受けていない □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
		父		男・女		有・無	
		母		男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	

◆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(同一世帯員を含む)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

印

◆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 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 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	

※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( 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	