

【 記入例 】

別記様式

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書

津別町長 様

初めての申請は「新規認定」に「✓」
引き続きの入園希望は「継続認定」に「✓」

年 月 日

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/>	新規認定
	<input type="checkbox"/>	変更
	<input type="checkbox"/>	継続認定

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

申請児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日 ※年齢は 現在	性別	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	津別 まる太郎	H31年 4月 2日生 (3歳 0月)	男・女	
保護者	津別 太郎 <small>※本人の自署又は記名押印</small>	S55年 5月 5日生	電話番号 (自宅)	0152-76-****
	(住所) 津別町字 幸町41番地		携帯 (母)	090-****-****
保育の希望の有無	有：保護者の労働又は疾病等の理由（2号・3号）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：幼稚園型（1号）の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く）			

「有」を選んだ場合…①～⑤を記入
「無」を選んだ場合…①～③、⑤を記入（④以外を記入）

それぞれの箇所に記入し、「保育の希望の有無」欄は、「有・無」どちらかに「○」

①世帯の状況

「有・無」どちらかに「○」

ひとり親世帯等の適用の有無	無	有	(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯)				
生活保護の適用の有無	無	有	(年 月 日保護開始)				
区分	氏名	生年月日	性別	続柄	障がい有無	勤務先名又は学校名等	勤務先の連絡先
児童の世帯員	津別 太郎	S55年 5月 5日生	男	父	無	㈱〇〇〇〇	****-**-****
	津別 花子	S60年 6月 6日生	女	母	無	△△△△商社	****-**-****
	津別 まる太	H26年 2月 2日生	男	兄	有	津別小学校	****-**-****
	津別 百合子	S30年 3月 3日生	女	祖母	無	□□□マート	****-**-****
		年 月 日生					
		年 月 日生					

同じ建物に住んでいる(世帯分離の場合も含む。)祖父母等がいる場合には、必ず氏名等を記入してください。
また、世帯の中に、他に当該父母が扶養する児童がいる場合(甥・姪等)で、年間所得360万円未満の場合は、その児童の氏名等も記入してください。

②申請児童の情報

「有・無」のどちらかに「○」をし、申請児童の情報を記載してください。

障がい者手帳の情報	無	有	(身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無	有	(たまごアレルギー)
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他 ()		
検診での指導事項	無	有	()
通院・入院の有無	【通院】	無	有 (内容)
子育て関係機関への相談	無	有	(子育て支援センター・児童相談所・その他 () 相談内容 ()
現在の保育状況	母 (産休中・求職中・その他) 祖母方 (父方・母方) 施設 ()		

③利用を希望する期間等

利用を希望する期間	R4年 4月 1日 から R5年 3月 31日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (*1)	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土 不定期 (平均週 日)	8時 30分から 17時 00分まで

(*1)フルタイム勤務又は幼稚園等の利用を希望する場合、「(*1)」の記入は不要

利用期間は、年度当初からの申請の場合、4月1日から3月31日までの1年間(年度)となります。

④保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を選択した場合は記入して下さい。

	続柄	必要とする理由	具体的な状況 (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) 等
保育の利用を必要とする理由	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 ()	(株)〇〇〇〇
	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 ()	△△△△商社
保育必要量 (*2)	保育を必要とする事由が就労・介護・就学等の場合 <input type="checkbox"/> 保育標準時間希望 (1日8時間を超える場合) <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間希望 (1日8時間まで)		

*2保育必要量：保育を必要とする事由及び勤務時間に基づき認定します。保育を必要とする事由が就労・介護・看護・就学・職業訓練の場合・就労等の時間数が月120時間以上であっても、希望があれば保育短時間

それぞれの該当する箇所に「✓」
 (「保育の希望の有無」が「有」の場合に記入)

⑤個人番号利用同意書 別紙のとおり

*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

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

【 記入例 】

個人番号利用同意書

- ・市町村において、施設型給付費の支給に必要な同一世帯を含む市町村民税の情報を閲覧することに同意します。
- ・上記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。
- ・支給認定申請の結果について、4月からの新規採用・継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため、審査に時間を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。

家 族 構 成	氏 名	個人番号 (12ケタの番号を記載してください)
	津別 太郎	**** * ****
	津別 花子	**** * ****
	津別 百合子	**** * ****

保護者氏名

津別 太郎

※本人の自署又は記名押印