

施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定申請書
 施設利用申込書

令和 年 月 日

保護者氏名

益子町長

様

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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	
保護者住所・連絡先	(住所) 〒			
	益子町 (電話番号) (自宅・携帯:父・母・その他)			
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、保育園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)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育園等と併願の場合を除く)			

(※) ・「保育園等」とは、保育園、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、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保育の利用を必要とする理由等

※保育の希望の有無で「無」の方は記入不要。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
			<input 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"/> 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))
		<input 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"/> 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))	

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳(級)、療育手帳(級)、精神障害者保健福祉手帳(級))
アレルギー情報	無・有()
その他特記事項	無・有()

①家庭の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	個人番号 (マイナンバー)
児童の世帯員	(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		非該当 ・ 該当(令和 年 月 日保護開始)				
ひとり親世帯等の有無		非該当 ・ 該当(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 ・ <input type="checkbox"/> 里親)				

④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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
希望する 利用曜日・時間 (*1)	利用曜日	利用時間	
	(○をつけてください) 月・火・水・木・金・土	時 分 時 分まで	利用区分(*3) <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間
利用を希望する 施設（事業者）名 (*2)	施設（事業者）名・希望理由(*4)		
	第1希望	(希望理由)	事業所番号(*5)
	第2希望	(希望理由)	事業所番号(*5)
	第3希望	(希望理由)	事業所番号(*5)

(*1) 幼稚園等（教育部分）の利用を希望する場合は記入不要です。

(*2) 認定こども園（保育部分）と保育園の併願の場合も第3希望まで記入してください。

(*3) 保護者（同居家族）の月平均勤務時間が48時間～120時間未満の時は短時間、120時間以上の時は標準にをつけてください。

(*4) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望は、その旨も記入してください。

(*5) 町記載欄のため、申請時に記入は不要です。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な町民税の情報（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

印

*施設記載欄（幼稚園等を経由して町に提出する場合）※教育部分利用の場合のみ

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設（事業者）名	(施設・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（令和 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備考	

*町記載欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) 〔 <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〕		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名		
〔 <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)) <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) 〕		
備考		

(裏面)