

支給認定申請書(兼入所申込書)【新規・変更・継続】
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

記載例

矢巾町長様

令和 ● 年 ● 月 ● 日

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	保護者 との続柄	障害者手帳・ 療育手帳の有無
	(フリガナ) ヤハバ ジロウ	R● 年 ● 月 ● 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	次男	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
代表保護者 住所・連絡先	(フリガナ) ヤハバ タロウ	H● 年 ● 月 ● 日生	電話番号 (自宅等)	019 - 0999 - 0999	優先順 3
	矢巾 太郎		父携帯	090 - 0999 - 0999	優先順 2
	矢巾町大字南矢幅第13地割123番地 やはばアパート101号		母携帯	080 - 0999 - 0999	優先順 1
保育の希望の 有無(※1)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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(2・3号認定) 幼稚園等の利用を希望する場合(1号認定)			

(※1) 「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、居宅訪問型保育、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。

町や施設から電話連絡
する場合がありますので、
優先順を記入してください

①保育の利用を必要とする理由等

※保育の希望の有無で「有」を囲んだ場合に記入してください。

保育の希望の有 無が「無」の場合 は、記入不要です。	続柄	必要とする理由				
		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他			
保育の利用を 必要とする理由	父	勤務(就学)先 ●●●●●●支店	勤務(就学)時間 8時30分～17時30分			
		勤務(就学)日数 <input checked="" type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 20日	勤務(就学)時間数 <input checked="" type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 180時間			
必要とする理由に応じて記入し てください。 ※就労の場合は、就労証明書を 参考に、勤務形態等を全て記入 してください。勤務時間は、休憩 時間を含む時間としてください。		就労開始・復職予定日 R● 年 ● 月 ● 日	通勤(通学)時間 片道 0時間 40分			
		疾病・障がい名	出産予定日 年 月 日 予定			
その他必要とする理由						
必要とする理由に応じて記入し てください。 ※就労の場合は、就労証明書を 参考に、勤務形態等を全て記入 してください。勤務時間は、休憩 時間を含む時間としてください。	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他			
		勤務(就学)先 ●●●●●●営業所	就労(就学)時間 9時00分～16時00分			
必要とする理由に応じて記入し てください。 ※就労の場合は、就労証明書を 参考に、勤務形態等を全て記入 してください。勤務時間は、休憩 時間を含む時間としてください。	夫	勤務(就学)日数 <input checked="" type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 20日	勤務(就学)時間 <input checked="" type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 140時間			
		就労開始・復職予定日 R● 年 ● 月 ● 日	通勤(通学)時間 片道 2時間 0分			
その他必要とする理由						

②世帯の状況

※児童の世帯員は、入所希望日時点における同居家族全員(申請児童を除く)を記入してください。

ひとり親世帯等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (年 月 日保護開始)				
区分	氏名 生年月日 性別 児童との 続柄 職業又は 学校(入所施設)名等 備考				
児童の世 帯員	(フリガナ) ヤハバ タロウ	H● 年 ● 月 ● 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	父 ●●●●●	
	矢巾 太郎	H● 年 ● 月 ● 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	母 ●●●●●	
	(フリガナ) ヤハバ ハナコ	H● 年 ● 月 ● 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	祖母 無職	
	矢巾 花子	S● 年 ● 月 ● 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	祖父 ●●●●●	
	(フリガナ) ヤハバ イチタロウ	S● 年 ● 月 ● 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	祖母 無職	
	矢巾 一太郎	H● 年 ● 月 ● 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	長男 ●●保育園	
	(フリガナ) ヤハバ ユキコ	S● 年 ● 月 ● 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
	矢巾 幸子	R● 年 ● 月 ● 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	三男 未就園、家庭内保育	

死亡や所在不明の場合は、空欄してください。年齢は、入所希望日時点で記入してください。

③祖父母の情報

氏名	生年月日	年齢	住所 (同居の場合は「同居」と記入)	日中の状況	健康状態
父方	祖父 矢巾 一太郎	S● 年 ● 月 ● 日生	●● 同居	●●●●	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 加療中
	祖母 矢巾 幸子	S● 年 ● 月 ● 日生	●● 同居	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 加療中
母方	祖父 徳田 慎一郎	S● 年 ● 月 ● 日生	●● 県●●市●丁目●一●	自営業	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 加療中
	祖母 徳田 由美子	S● 年 ● 月 ● 日生	●● 県●●市●丁目●一●	無職	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 加療中

④申請児童の情報

障害者手帳等の情報	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> その他()			
アレルギー情報	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> その他()	
過去の定期的な通院 又は入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	●歳 ●ヶ月頃	【病名】 ●●●●			
		<input type="checkbox"/> 入院	歳	ヶ月頃	【病名】		
現在行っている 治療について	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	【病名】 ●●●●					
服用中の薬について	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	1日	回	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 晩	<input type="checkbox"/> その他()
出産の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 早産(妊娠週)	<input type="checkbox"/> その他()	出生時体重 ●● g			
現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭保育()	<input type="checkbox"/> 父	<input checked="" type="checkbox"/> 母	<input checked="" type="checkbox"/> 祖父	<input checked="" type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他()	()
その他	※その他、健康や発育について心配なことがあれば記入ください。 原則として、月の初日からの入所となります。						

希望する利用時間を記入してください。
※延長保育の利用を希望する場合は、延長保育の時間を含めて記入してください。
※曜日によって変則的な場合は、最大利用時間を記入してください。

⑤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	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで		
希望する利用曜日・時間 (※2)	利用曜日	利用時間		
	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> (不定期:)	8 時 30 分 から 18 時 0 分 まで		
希望する保育の必要量 (※2)	保育の必要量	月120時間未満の就労(就学等)で標準時間の認定を希望する理由		
	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間 <small>※求職活動中の方は短時間になります。</small>	<input type="checkbox"/> 通勤(通学等)に時間要するため <input type="checkbox"/> 勤務(就学等)の時間帯のため <input type="checkbox"/> 時間外勤務(残業)があるため <input type="checkbox"/> ()		
利用を希望する 施設(事業者)名 (※3)	施設(事業者)名	希望理由	施設見学	
	第1希望	●●保育園	自宅から近いため。 きょうだいがすでに入所しているため。	<input checked="" type="checkbox"/> 見学済
	第2希望	●●こども園	母の勤務先から近いため。	<input type="checkbox"/> 見学済
第3希望	●●保育園	父の通勤経路上にあるため。	<input checked="" type="checkbox"/> 見学済	

(※2) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(※3) 第4希望以上ある場合は、別紙(任意様式)に記入して添付してください。
幼稚園等を経由して町に提出する場合は記入不要です。

希望理由を簡潔に記入してください。

希望する園が第4希望以上ある場合は、別紙(任意様式)に記入して添付してください。(記入があった施設のみ審査・入所調整を行います。)

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄

町が、教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯を含む。)及び世帯情報を閲覧し、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。
町が、申込書の記入内容及び添付書類について、必要に応じて特定教育・保育施設等に対して情報を提供すること。
虚偽の申請又は必要書類を提出しない場合は、認定を取り消す場合があること。

代表保護者氏名

矢巾 太郎

※施設記載欄(幼稚園等を経由して町に提出する場合) 以下、施設及び町記載欄ですので、記入不要です。

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	<input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/> 無
備考	

※町記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	受付者	来庁者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 ()
-------	----------	-----	-----	---

認定の可否	認定者番号	認定区分等
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 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"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否	支給認定(利用)期間	
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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	備考	