

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 矢巾 二郎	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 矢巾 太郎	H 年 月 日生	電話番号 (自宅等)	019 - 0999 - 0999	優先順	3
	矢巾町大字南矢幅第13地割123番地 やはばアパート101号	転入予定の場合は、 転入予定住所を記 入してください。	父携帯	090 - 0999 - 0999	優先順	2
			母携帯	080 - 0999 - 0999	優先順	1
保育の希望の 有無(※1)	<input checked="" type="checkbox"/> 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(2・3号認定) <input type="checkbox"/> 無 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、家庭の保育、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

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。	父	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					
		勤務(就学)先 (株) 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				
		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					
		<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	母	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					
		勤務(就学)先 (株) 営業所	就労(就学)時間	9 時 00 分 ~ 16 時 00 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 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			
		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					
		<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					

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 矢巾 太郎	H 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	父	(株)	
	(フリガナ) ヤハバ ハナコ 矢巾 花子	H 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	母	(株)	
	(フリガナ) ヤハバ イチタロウ 矢巾 一太郎	S 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	祖父	(株)	
	(フリガナ) ヤハバ ユキコ 矢巾 幸子	S 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	祖母	無職	
	(フリガナ) ヤハバ イチロウ 矢巾 一郎	H 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	●●保育園	
	(フリガナ) ヤハバ サブロー 矢巾 三郎	R 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	三男	未就園、家庭内保育	
	死亡や所在不明の場合は、空欄としてください。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	(株)	<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●-●	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●-●	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】 ●●●● 【症状】 ●●●●
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 () <input type="checkbox"/> 施設を利用(施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他	※その他、健康や育児について心配なことがあれば記入ください。 原則として、月の初日から入所となります。	

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 令和 年 月 日まで
希望する利用曜日・時間 (※2)	利用曜日: <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> (不定期:) 利用時間: 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: <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間 ※求職活動中の方は短時間になります。 <input type="checkbox"/> 短時間 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 type="checkbox"/> 通勤(通学等)に時間を要するため <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: ●●●保育園 希望理由: 自宅から近いため。きょうだいが入所しているため。 施設見学: <input checked="" type="checkbox"/> 見学済
	施設(事業者)名: ●●●こども園 希望理由: 母の勤務先から近いため。 施設見学: <input type="checkbox"/> 見学済
	施設(事業者)名: ●●●保育園 希望理由: 父の通勤経路上にあるため。 施設見学: <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	(否とする理由) 令和 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等	
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			<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	(否とする理由)	支給認定(利用)期間		
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
入所施設(事業者)名		備考		