

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	☒ 男 ☐ 女	次男	☐ 有 ☒ 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)	☒ 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) ☐ 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。

続柄	必要とする理由
父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 虐待・DV ☐ 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 ☒ 月間 ☐ 週間 20 日 勤務(就学)時間数 ☒ 月間 ☐ 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
	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 虐待・DV ☐ 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 ☒ 月間 ☐ 週間 20 日 勤務(就学)時間数 ☒ 月間 ☐ 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	

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	☒ 非該当 ☐ 該当 (☐ ひとり親世帯 ☐ 在宅障がい児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無	☒ 非該当 ☐ 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	☒ 男 ☐ 女	父	(株)	
	矢巾 太郎					
	(フリガナ) ヤハバ ハナコ	H 年 月 日生	☐ 男 ☒ 女	母	(株)	
	矢巾 花子					
	(フリガナ) ヤハバ イチタロウ	S 年 月 日生	☒ 男 ☐ 女	祖父	(株)	
	矢巾 一太郎					
	(フリガナ) ヤハバ ユキコ	S 年 月 日生	☐ 男 ☒ 女	祖母	無職	
矢巾 幸子						
(フリガナ) ヤハバ イチロウ	H 年 月 日生	☒ 男 ☐ 女	長男	●●保育園		
矢巾 一郎						
(フリガナ) ヤハバ サブロウ	R 年 月 日生	☒ 男 ☐ 女	三男	未就園、家庭内保育		
矢巾 三郎						

③祖父母の情報

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。

	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)	☒ 良 ☐ 加療中
	祖母 矢巾 幸子	S 年 月 日生	●●	同居	無職	☒ 良 ☐ 加療中
母方	祖父 徳田 慎一郎	S 年 月 日生	●●	●●県●●市●丁目●-●	自営業	☒ 良 ☐ 加療中
	祖母 徳田 由美子	S 年 月 日生	●●	●●県●●市●丁目●-●	無職	☐ 良 ☒ 加療中

④申請児童の情報

障害者手帳等の情報	☒ 無 ☐ 有	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ その他()
アレルギー情報	☒ 無 ☐ 有	☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 大豆 ☐ 小麦 ☐ その他()
過去の定期的な通院 又は入院の有無	☐ 無 ☒ 有	☒ 通院 歳 ヶ月頃 【病名】 ●●●● ☐ 入院 歳 ヶ月頃 【病名】
現在行っている 治療について	☐ 無 ☒ 有	【病名】 ●●●● 【症状】 ●●●●
服用中の薬について	☒ 無 ☐ 有	1日 回 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 晩 ☐ その他()
出産の状況	☒ 正常分娩 ☐ 早産(妊娠 週) ☐ その他()	出生時体重 ●● g
現在の保育状況	☒ 家庭保育(☐ 父 ☒ 母 ☒ 祖父 ☒ 祖母 ☐ その他 () ☐ 施設を利用(施設名) ☐ 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: ☒ 月 ☒ 火 ☒ 水 ☒ 木 ☒ 金 ☒ 土 ☐ (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: ☒ 標準時間 ※求職活動中の方は短時間になります。 ☐ 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: ☐ 通勤(通学等)に時間を要するため ☐ 勤務(就学等)の時間帯のため ☐ 時間外勤務(残業)があるため ☐ ()
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: ☒ 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: ☐ 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: ☒ 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	☐ 有 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	受付者	来庁者 (☐ 父 ☐ 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 ☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標準 ☐ 短)
支給(入所)の可否	(否とする理由)	支給認定(利用)期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名	備考		