

施設型給付費等支給認定申請書
兼保育所等利用希望申込書

年 月 日

保護者氏名

遊佐町長

殿

【個人番号

】

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、保育所等の利用希望を申し込みます。

申請児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
	()	年 月 日生	男・女	有・無
保護住所・ 連絡先	(住 所) 遊佐町 (連絡先)① — — (自宅・携帯・職場) ② — — (自宅・携帯・職場) ③ — — (自宅・携帯・職場) 連絡先が複数ある場合は、連絡のつきやすい順にすべて記入して下さい。			
認定者番号※1	申請児童個人番号			
保育の希望 の有無※2	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 (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(保育所等との併願を除く。)		

※1 既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。

※2・「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。(以下同じ。)

・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況(別世帯に児童の保護者がいる場合は、その方も含めて記入して下さい。)

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との 続柄	生年月日	性 別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	障がい の有無	備 考
児童の 世帯員	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	()		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
生活保護適用の有無		適用無し ・ 適用有り(年 月 日保護開始)						

②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	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する施設 (事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第一希望	(希望理由)
	第二希望	(希望理由)
	第三希望	(希望理由)
	事業所番号 *	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

③保育の利用を必要とする理由(幼稚園・認定こども園(幼稚園部分)利用の場合は記入不要です。)

※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に記入して下さい。

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・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先や疾病等の状況など))		
		<input 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"/> 就職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先や疾病等の状況など))		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	午前	時 分から午後 時 分まで

④認定結果の通知時期・税情報等の提供に当たっての署名欄

○4月入所に係る認定申請の結果について、事務処理に相当の期間を要することを理由として、利用調整の結果とともに12月以降に通知されることに同意します。
 ○町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村税の情報(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

* 町記載欄

受付年月日 年 月 日

認定の可否	認定番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 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 年 月 日 至 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)]		
個人番号確認	本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート等(写真付) <input type="checkbox"/> 健康保険証・年金手帳等2つ以上	確認印
	番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード	

*施設記入欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

受付年月日 年 月 日

施設(事業者)名	(事業所番号:)	
担当者氏名	(担当者)	
連絡先	(連絡先)	
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無	確認印
個人番号確認	本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート等(写真付) <input type="checkbox"/> 健康保険証・年金手帳等2つ以上 番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード	