

(表)
支給認定申請書 兼 保育園入所申込書(施設型給付費・地域型保育給付費等)

さくら市長 様

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及び保育所等の入所を申請します。

保護者 (申請者)	氏 名	連絡先		受付日	
	(ふりがな)	第1連絡先	()		
		—	—		
	第2連絡先	()			
申請児童 (小学校就学前)	氏 名	生年月日・年齢		性別	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生	歳	男・女	
		(入所希望年度の4月1日の年齢)			
現住所	(〒 -)				
前年1月1日の住所地	市・区・町・村		本年1月1日の住所地	市・区・町・村	
利用希望期間	令和 年 月 1日 から 小学校入学まで (期間がある場合 年 月 日まで)				
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)				

(*1)・「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。
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～⑥に、「無」を囲んだ場合は②～⑥に必要事項を記入して下さい。

①保育の利用を必要とする理由等(上記の「保育の希望の有無」で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。)

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由				
		<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()				
		<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()				

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

③世帯の状況(保護者及び同居している世帯員全員) ※世帯分離を含めます。

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"/> 在宅障害児(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	児童との続柄	性別	勤務先名又は学校名等	備考 (単身赴任・別居等)
児童の世帯員 (*2)		年 月 日		男・女		
		年 月 日		男・女		
		年 月 日		男・女		
		年 月 日		男・女		
		年 月 日		男・女		
		年 月 日		男・女		

(*2) 世帯分離している場合でも住所が同じ場合は世帯員として記載してください。

(裏)

④個人番号（マイナンバー） ※申請者(父又は母)の個人番号カードの確認をさせていただきますのでご持参ください。

続柄	氏名	個人番号	祖父母と同居している場合は祖父母の個人番号もご記入ください。世帯分離している場合でも住所が同じ場合は同居扱いとなります。			
児申請			続柄	氏名	個人番号	
父			祖父			
母			祖母			

⑤税情報の提供にあたっての署名欄

教育・保育の必要性認定にあたって、次のことに同意いたします。

- ・市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。
- ・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。

保護者氏名 _____

⑥利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する施設名 (*3) (*4)	希望順位	施設名	希望理由
	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		
利用希望曜日(*5)	月・火・水・木・金・土	利用希望時間(*5)	時 分 から 時 分 まで

(*3)幼稚園等を経由して市町村に提出する場合は記入不要です。
(*4)第4希望以降ある場合は別紙に希望順を記載してください。
(*5)幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

*施設記載欄 (幼稚園・保育園等を経由して市町村に提出する場合)

受付日	年 月 日
施設(事業所)名	
担当者氏名	連絡先

*市記載欄

認定の可否	認定者番号	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 (理由) 年 月 日承諾		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名	保育園/幼稚園	
備考		