

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 保育所等利用申込書

提出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

東海村長 山田 修 様

保護者氏名	
-------	--

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、併せて保育所等入所を申し込みます。

①児童の状況

申請に係る子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳・療育手帳の有無
	(ふりがな)	平成 年 月 日生	男・女	有・無
住所・連絡先	【住所】			
	いずれかに○をつけてください。 持ち家 ・ 賃貸住宅 (契約期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)			
	【連絡先】 (□自宅 □父 □母)			
幼稚園との併願	□ 無し □ 有り (施設名:)			

②世帯の状況

生活保護の適用の有無	□ 適用無し □ 適用有り (平成 年 月 日保護開始)					
ひとり親世帯	□ 該当 □ 非該当					
児童の世帯員	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	障害の有無 (※1)
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
別世帯に属する児童の兄又は姉		□ いる (以下の欄に記入してください(※2)) □ いない				
氏名	児童との続柄	生年月日	住所	別居の理由		
(ふりがな)・		年 月 日		□進学 □就職 □その他 ()		

※1 「有」の場合、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書等の写しを添付してください。

※2 保育料軽減対象となる場合がありますので、当該兄又は姉の身分証明書の写し(運転免許証、保険証等)を添付してください。

③利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	平成 年 月 日 から		□ 就学前		□ 平成 年 月 日 まで						
利用を希望する施設名(※3)	第1希望	(希望理由)									
	第2希望	(希望理由)									
	第3希望	(希望理由)									
	第4希望	(希望理由)									
	第5希望	(希望理由)									
	第6希望	(希望理由)									
	第7希望	(希望理由)									
	第8希望	(希望理由)									
	第9希望	(希望理由)									
希望する利用時間	曜日から	曜日まで	(平日)	時 分から	時 分まで	(土曜)	時 分から	時 分まで	(日曜・休日)	時 分から	時 分まで
保育必要量	□ 保育標準時間(1日最大11時間までの保育)		□ 保育短時間(1日最大8時間までの保育)								

※3 「利用を希望する施設名」欄に記入の無い保育施設は、定員に空きがあっても入所のご案内をすることができません。

施設により開設曜日・時間、保育方針、入所後の諸経費等が異なりますので、通所可能な施設のみ記入してください。

④保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<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（ ）
		（具体的な状況（出産予定日や疾病の状況、介護・看護の状況など））
	母	<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（ ）
（具体的な状況（出産予定日や疾病の状況、介護・看護の状況など））		

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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。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 (印)

○ 支給認定申請に対する支給認定証は、申請のあった日から30日以内に交付します。（認定事務の集中により越える場合があります）

⑥個人番号記載欄

個人番号	児童	□□□□	—	□□□□	—	□□□□
	父	□□□□	—	□□□□	—	□□□□
	母	□□□□	—	□□□□	—	□□□□

※番号確認・身元確認のため、提出の際には個人番号カードをお持ちください（個人番号カードが無い場合は、通知カード及び身分証明書（運転免許証、旅券等）での確認となります）。

市町村記載欄

個人番号確認	【身元確認】（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 代理人（ ））
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	【個人番号確認】
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（児童・父・母） <input type="checkbox"/> 通知カード（児童・父・母）	
<input type="checkbox"/> 役場確認（児童・父・母）	

未提出書類	
-------	--

備考	
----	--