

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

日進市長 あて

保護者氏名

印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

申請児童	(ふりがな)	生年月日	性別	障害者手帳等の有無
	氏 名			
個人番号		年 月 日生	男・女	有・無
保護者住所・連絡先	(住所) (連絡先) 自宅・携帯(父・母・その他)			
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無(※)	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)			

- ※・ 「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。(以下同じ)
- ・ 「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①～④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

区分	(ふりがな)	児童との続柄	生年月日	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	障害者手帳等の有無
	氏 名		個人番号			
児童の世帯員			年 月 日生		有・無	有・無
			年 月 日生		有・無	有・無
			年 月 日生		有・無	有・無
			年 月 日生		有・無	有・無
			年 月 日生		有・無	有・無
生活保護の適用の有無		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	

※第1希望の園をご記入ください。

③保育を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

保育を必要とする理由	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（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）やその他の内容を記入 ()		
		<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（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）やその他の内容を記入 ()		
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	時 分から	時 分まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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）、世帯情報を閲覧すること及び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。

また、2号・3号の支給認定証について当初申請の場合は、市が行う認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、利用調整の結果とともに通知されることに同意します。

保護者氏名 印

【 記入はここまで 】

***市記載欄**

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <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 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]	支給(利用)期間 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)		

***施設記載欄(施設(事業者)を經由して市に提出する場合)**

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名連絡先	(担当者) (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

***市又は施設記載欄**

個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書(運転免許証等) <input type="checkbox"/> その他書類2点