

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼利用申込書

知内町長様

令和 年 月 日

記載例

申請者 保護者	住所	上磯郡知内町字重内21番地1
	ふりがな	しりうち たろう
	氏名	知内 太郎 ㊟
	生年月日	令和 4 年 2 月 4 日生
連絡先	自宅 (01392-5-6161) 携帯電話 (090-0000-0000) 【父・母・()】 携帯電話 (090-0000-0000) 【父・母・()】	



次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費、特例施設型給付費及び特例地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

入園を希望する 就学前児童	氏名 (ふりがな) しりうち はなこ 知内 花子	生年月日 平成 令和 3 年 7 月 18 日生	性別 男 女	続柄 長男	障がいの有無 有 無
	支給認定者番号	備考 (個人番号等)	※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。		
保育の希望の有無 (どちらかに✓)	有 <input checked="" type="checkbox"/>	3歳以上(2号認定) <input checked="" type="checkbox"/> 保護者の労働、疾病等の理由により、こども園 3歳未満(3号認定) <input type="checkbox"/> (保育所部分)等の利用を希望する場合			
	無 <input type="checkbox"/>	幼稚園等の利用を希望する場合(1号認定)			

○家庭の状況 ※単身赴任等、別世帯に保護者がいる場合は、その方を含めて記載してください。

区分	(ふりがな) 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業又は 学校	性別	障がい 手帳の 有無	備考
入所児童の 世帯員	しりうち 太郎	父	S60.5.1	35	公務員	男 女	有 無	
	しりうち 春子	母	S61.6.1	34	保育士	男 女	有 無	
	しりうち 夏子	姉	H22.7.1	10	〇〇小学校	男 女	有 無	
	しりうち 一郎	兄	H28.8.1	4	〇〇保育園	男 女	有 無	
						男 女	有 無	
						男 女	有 無	
						男 女	有 無	
生活保護の状況	適用なし ・ 適用あり(平成・令和 年 月 日 保護開始)			ひとり親世帯の場合	未婚 ・ 離別 ・ 死別			

○税情報等同意署名欄

知内町が、施設型給付費、地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の情報(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する利用者負担額について、町から特定教育・保育施設等(児童が入所決定した施設のみ)に対し通知することに同意します。

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日

保護者氏名

知内 太郎

㊟

前年、当年の1月1日現在のお住まいだった市区町村

前年	〇〇	市・区・町・村	当年	〇〇	市・区・町・村
----	----	---------	----	----	---------

知内町以外に居住していた場合は、居住していた市区町村から①合計所得金額②所得控除額
③税額控除④扶養人数がわかる書類（証明書等）を交付してもらう必要があります。

【利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名】

入所を希望する保育所名	第1希望	しりうち認定こども園	※事業所番号		
	第2希望		※事業所番号		
			※事業所番号		
保育の実施を希望する期間		令和4年4月1日から令和5年3月31日まで			
保育の実施を希望する時間		利用希望曜日	月 火 水 木 金 土		
		利用希望時間	〇時〇〇分 から 〇〇時〇〇分 まで		
		利用区分	標準時間（11時間） ・ 短時間（8時間）		
保育を必要とする理由（該当する番号に○）	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 社会的養護 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 社会的養護 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

※欄は記入する必要がありません。

《施設記載欄》

受付年月日	令和 年 月 日
施設（事業者名）	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約（内定）の有無	有（ 年 月 日契約・内定） ・ 無

《市町村記載欄》

認定の可否	可 ・ 否（否とする理由）（ ）		
	令和 年 月 日認定	認定者番号	
支給認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号（ <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間） <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間）		
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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
入所施設（事業者）名			
施設区分	<input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 幼保 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保）） <input type="checkbox"/> 地域（ <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		
備考			