

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書

年 月 日

島本町長 様

保 護 者	現住所						
	氏名						
	電 話	自 宅	—	—	—	—	—
		携 帯()	—	—	—	—	—
	携 帯()	—	—	—	—	—	

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ます。

申請の対象となる 児童	氏名(フリガナ)	生年月日		性別	
	(フリガナ)	年 月 日		男 ・ 女	
		個人番号 (マイナンバー)			
保育の希望の有無 (希望するものを○で囲んでください。)	あり (入所(園)時の子どもの年齢が0歳以上で認定こども園・保育所での保育を希望される方)	指定制度の 交付・受給の有無			
	なし (入所(園)時の子どもの年齢が3歳以上で認定こども園・幼稚園での教育を希望される方)				
	1号と2号の併願希望 <input type="checkbox"/> あり・なし (3歳以上で幼稚園と保育所の両方を希望される場合等) (併願希望の認定こども園・幼稚園の名称)	無	身障・療育 精神手帳 特児・障年		
利用を希望する期間	年 月 日から (就学前 ・ 年 月 日) まで				

※保育の希望が「なし」で3歳以上の子どもは「1号」、保育の希望が「あり」で3歳以上の子どもは「2号」、3歳未満の子どもは「3号」の認定となります。

①世帯の状況 ※対象児童以外の両親及び同じ住所に住んでいる人全員について記入してください。

氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	性別	職業(会社名) 又は学校名等	個人番号 (マイナンバー)	指定制度の 交付・受給の有無
(フリガナ)		年 月 日	男・女			無 身障・療育 精神手帳 特児・障年
(フリガナ)		年 月 日	男・女			無 身障・療育 精神手帳 特児・障年
(フリガナ)		年 月 日	男・女			無 身障・療育 精神手帳 特児・障年
(フリガナ)		年 月 日	男・女			無 身障・療育 精神手帳 特児・障年
(フリガナ)		年 月 日	男・女			無 身障・療育 精神手帳 特児・障年
世帯の状況	ひとり親世帯 ・ 左記以外 生活保護適用 なし・あり (年 月 日保護開始)					

②保育の利用を必要とする理由 ※「保育の希望の有無」欄で「あり」に○をつけた方のみ記入してください。

対象児童との続柄	保育の利用を必要とする理由					
	<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"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他()			
	<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・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動
	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他()			
(具体的な理由を記入してください。)						
利用を希望する時間	曜日から 曜日まで		時 分から 時 分まで			

③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。また、提出した税関係書類や申請した税の申告内容と事実が異なっていることにより保育料を変更された場合、及び必要な税関係書類を提出しないことにより最高階層で保育料を決定された場合は審査請求を行いません。
保護者氏名

