

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 施設利用申込書

令和 年 月 日

保護者氏名

※保護者は、生計の中心者の氏名を記入してください。

岐阜県関市長 様

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	個人番号		
	H・R	年 月 日	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 岐阜県関市			
	(連絡先)			
認定者番号	注)既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。			
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、保育所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(保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、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ください。

①世帯の状況 ※世帯員が障害者手帳を取得している場合は、備考欄に記入してください。

区分	氏名	子ども との続柄	生年月日		性別	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	備考
			個人番号					
子どもの 世帯員	(ふりがな)		T・S・H・R	年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		T・S・H・R	年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		T・S・H・R	年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		T・S・H・R	年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		T・S・H・R	年 月 日	男・女		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(事業所)名

利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
利用を希望する 施設(事業所)名	施設(事業所)名・希望理由	
	第1希望	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 (理由) <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	第2希望	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 (理由) <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	第3希望	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 (理由) <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	事業所番号*	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。\*印の欄は市町村記入欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

③保育の利用を必要とする理由等

注) 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合は記入してください。

	続柄	必要とする理由	備考
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))	
		<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))	
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	: から : まで	

④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教育・保育給付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教育・保育給付認定保護者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

※入園希望日の前年及び当年1月1日の住所(現住所と異なる場合は記入してください。)

(令和 年 1月 1日時点)
(令和 年 1月 1日時点)

\* 市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
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	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 )
給付の可否 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 ]	給付(利用)期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
利用施設(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"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <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 )		
備考		

\* 施設記載欄(施設(事業所)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設(事業所)名	(事業所番号: )
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定(令和 年 月 日契約(内定)))・無
備考	