

# 支給認定申請書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

## 記入例



仁木町長 様

保護者氏名：

〇年 〇月 〇日

北海 太郎

印

個人番号（マイナンバー）を記載してください

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳、療育手帳の有無
	ほっかい けんた 北海 健太 ○○○○○○○○○○○	H〇年 〇月 〇日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	現住所：〒〇〇〇-〇〇〇〇 仁木町〇町〇丁目〇番地			
	電話番号： 自宅 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇 母携帯 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			
保育の希望 の有無 (※)	令和2年1月1日現在の住所		仁木町内 ・ 仁木町外	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 無：幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願を除く）			

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、居住訪問型保育、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」に✓した場合は①～④に、「無」に✓をした場合は、①、③及び④に必要事項を記入してください。
- ・「有」に✓した場合は、別添1を添付してください。

### ① 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	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで	
利用を希望する期間 施設（事業者）名	施設（事業者）名	希望理由
	第1希望	〇〇保育所 自宅から近く、姉が入所している
	第2希望	△△保育所 母の勤務先が近い
	第3希望	

保育所の利用を希望する期間を記入してください  
(最長で就学前までです)

### ② 保育の利用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所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を 必要とする 理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況等 (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
	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"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他 ( )	一日約〇時間、年間を通して就労
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他 ( )	株式会社〇〇(パート) 一日〇時間、週〇日勤務 妊娠中、出産予定日〇年〇月〇日
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間
	□日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土		8時から 17時まで

### ③ 個人情報等の提供に当たっての署名欄

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し、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 北海 太郎 印

※この様式は、2号・3号の認定申請及び1号・2号の併願申請に使用します。

(裏面も必ずご確認ください。)

不明の場合は  
記入不要です

④ 世帯の状況（同居の世帯員）

区分	(フリガナ) 氏名	子ども との 続柄	生年月日	性別	職業・学 校名等(※)	市町村民 税課税の 有無	備考 個人番号
子どもの 世帯員	ほっかい たろう 北海 太郎	父	S〇年〇月〇日生	男・女	農業	有・無	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	ほっかい はなこ 北海 花子	母	S〇年〇月〇日生	男・女	パート	有・無	妊娠中 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	ほっかい しょうた 北海 翔太	兄	H〇年〇月〇日生	男・女	〇〇小学校	有・無	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	ほっかい ももこ 北海 桃子	姉	H〇年〇月〇日生	男・女	〇〇保育所	有・無	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	ほっかい いちろう 北海 一郎	祖父	S〇年〇月〇日生	男・女		有・無	高齢のため児童の保育はできな い、身体障害者手帳あり 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	ほっかい みちこ 北海 道子	祖母	S〇年〇月〇日生	男・女	農業	有・無	精神障害者保健福祉手帳あり 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

お子さんと同居している親族全員について記入してください  
両親のうちお子さんと別居している方がいる場合は、備考に別居と  
記入してください

生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し <input type="radio"/> 適用有り ( 年 月 日保護開始)
家庭の状況 ※認定のために添 付書類を必要とす る場合があります。	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けた者（在宅の者に限る。）のいる世帯 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けた者（在宅の者に限る。）のいる世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者（在宅の者に限る。）のいる世帯 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の支給対象児童（在宅の者に限る。）のいる世帯 <input type="checkbox"/> 国民年金の障害基礎年金等の受給者（在宅の者に限る。）のいる世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護法第6条第2項に規定する要保護者

該当するものがあればチェック☑してください

(※) 幼稚園、保育所、認定こども園、特別支援学校幼稚部、情緒障害児短期治療施設通所部に入所、又は  
障害児通所支援、医療型児童発達支援、地域型保育給付の対象事業を利用している場合は、その施設名  
等も記入してください。

----- 【記入はここまで】 -----

\*町記入欄

提出について	※提出の際に個人番号（マイナンバー）確認と身元確認を行いますので、以下のものを持参してください。 ・世帯全員のマイナンバーがわかるもの（個人番号カードまたは個人番号通知カード） ・支給認定申請をする保護者（ひとり親世帯以外の場合はお子さんの父にあたる方）の、運転免許証写し 確認書類を用意できない場合は、窓口でご相談ください。
可・年	
可・否	
入所施設 (事業者)名	
備考	