

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼保育所等利用申込書 兼現況届

(保護者氏名)

川棚 太郎

令和元 年 11 月 8 日

提出日を記入してください。

長崎県東彼杵郡川棚町長 殿

次のとおり、施設型給付費・施設型保育給付費に係る支給認定（現況届）を申請します。



押印してください。

新規申請の方は個人番号をご記入ください。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日 ※ 年齢はR2. 4.1現在	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな) かわたな はなこ 川棚 花子 個人番号XXXXXXXXXXXXXXX	平成26年10月1日 (5歳)	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者 住所・連絡先	(住所) ○○郷△△番地 (連絡先) 父携帯：080-○○○○-△△△△ 母携帯：090-○○○○-△△△△			
認定証番号	1×× ※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(※)	<input checked="" type="radio"/> 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(幼稚園等との併願の場合を含む) <input type="radio"/> 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)			

※1号認定の場合は「無」を○で囲んでください。
※2号・3号認定の場合は「有」を○で囲んでください。

(※)
・「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下さい。

①世帯の状況

新規申請の方は個人番号をご記入ください。

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	障害者手帳の有無	前年度分(当年度分)市町村住民税課税の有無	
子どもの世帯員	(ふりがな) かわたな たろう 川棚 太郎 個人番号XXXXXXXXXXXXXXX	父	昭和53年11月2日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	株式会社○○	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	
	(ふりがな) かわたな はるこ 川棚 春子 個人番号XXXXXXXXXXXXXXX	母	昭和53年11月3日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	○○病院	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) かわたな いらろう 川棚 一郎 個人番号XXXXXXXXXXXXXXX	兄	平成21年11月4日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	○○小学校5年	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
					男・女		有・無	有・無
					男・女		有・無	有・無
					男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (保護開始)						

R2年4月1日入園希望の方はR2年4月1日時点の状況(学校名・学年等)を記入してください。年度途中入園希望の方は、入園希望日時点の状況をご記入ください。

必ず記入してください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)

利用期間	令和2年 4月 1日 から ○年 ○月 ○日 まで		
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名	希望理由	事業所番号*
	第1希望 ○○保育園	(理由) 自宅から近い	
	第2希望 △△こども園	(理由) 通勤途中のため	
	第3希望 □□保育園	(理由) 自宅から近い	
	第4希望	(理由)	
第5希望	(理由)		

新規入園・転園希望の場合は第3希望までお書きください。継続利用希望の場合は現在利用中の施設名を記入してください。

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*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下さい。

裏面もご記入ください。

③保育の利用を必要とする理由

※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下さい。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" 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))	
	母	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用曜日		<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
希望する利用時間		7時から 18時まで	
希望する保育必要量		<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	

該当する箇所に
☑を入れてください。

該当する箇所を
○で囲んでください。

押印してください。

該当する箇所に
☑を入れてください。

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保育料について、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 川棚 太郎



※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 (有 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

*市町村記入欄

受付年月日	年 月 日	認可の可否	認定証番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)	年 月 日 認定			<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		支給認定期間	契約期間	
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	
利用施設(事業者)名				平成30年度利用施設名
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <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) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設				
備考				

町記入欄のため、記入しないでください。

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

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)		
利用契約(内定)の有無	有 [契約・内定 (年 月 日 契約 (内定))] ・ 無		
備考			