

支給認定申請書兼利用申込書
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

年 月 日

美里町長 殿

保護者氏名

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。
また、美里町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯員を含む。)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。
(同意の上、保護者氏名に署名してください。)

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	個人番号		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
保護者住所	〒						
電話番号	① () ② ()						
保育の希望の有無(*1)	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。)					

(*1)「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、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園(教育部分)をいいます。

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
			<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等、疾病の状況等)や、その他の内容を記入
		<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等、疾病の状況等)や、その他の内容を記入	

②世帯の状況

ひとり親世帯の有無	非該当 ・ 該当						
生活保護の適用の有無	非該当 ・ 該当 (年 月 日保護開始)						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業又は学校名等	市町村民税課税有無(*2)	個人番号
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	備考
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	

*2)前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税が課税されている場合、「有」に○を付けてください。(表面)

③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	年 月 日 から 年 月 日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (*3)	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時 分 から 時 分 まで
利用を希望する 施設（事業者）名 (*4)	施設（事業者）名・希望理由(*5)	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
		事業所番号(*6)
		事業所番号(*6)
		事業所番号(*6)

(*3)幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*4)幼稚園等を経由して市町村に提出する場合は記入不要です。

(*5)小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

(*6)市町村記載欄のため、申請時に記入は不要です。

④申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有()
その他特記事項	無・有()

*施設記載欄(幼稚園等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	
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入園願書提出の有無	有 ・ 無
備 考	

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
	年 月 日認定	
支給（入所）の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日
[<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]		至 年 月 日
入所施設（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"/> 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)		
備 考		