

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

記入例

菊陽町長様

子どものための教育・保育給付を受けるため、支給認定を受けたいので必要書類を添えて申請します。

申請に係る小 学校就学前子 ども	氏名	生年月日	性別
	(ふりがな) きくよう じろう 菊陽 次郎	〇〇年 〇月 〇日	男・女
個人番号(12桁)		* * * * * * * * * *	
保護者 住所・連絡先	氏名	連絡先	
	(ふりがな) きくよう たろう 菊陽 太郎	自宅 ***-*** 父携帯 ***-***-*** 母携帯 ***-***-***	
	住所		
	郵便番号	〒869-1192	
住所	菊陽町大字久保田2800番地		

① 世帯の状況

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	個人番号 (12桁)	障がい の有無	同居・別居	
子 ど も	菊陽 太郎	父	昭和57年4月1日	男・女	会社員	*** **	有・無	同居・別居	
	菊陽 花子	母	昭和58年5月1日	男・女	パート	*** **	有・無	同居・別居	
	菊陽 一郎	兄	平成25年2月1日	男・女	菊陽保育園	*** **	有・無	同居・別居	
世 帯 員	別居の両親を含め、全ての世帯員を記入してください。 祖父母については、世帯を分けていても住所が同じであれば同居となります。							有・無	同居・別居
				男・女			有・無	同居・別居	
				男・女			有・無	同居・別居	

② 利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

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) ※幼稚園等に直接利用申込みをします。

(※)・「保育所等」: 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、事業所内保育所(以下同じ)

・「幼稚園等」: 幼稚園、認定こども園(教育部分)

・「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。

利用を希望する 施設(事業所)名	施設(事業者)名・希望理由	事業所番号※
	第1 (希望理由)	別紙【希望保育施設記入用紙】へご記入ください
	第2	
第3希望 (希望理由)		
利用を希望する 期間	令和6年4月1日 から 令和11年3月31日 まで	
希望する 利用時間	利用曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 月曜 <input checked="" type="checkbox"/> 火曜 <input checked="" type="checkbox"/> 水曜 <input checked="" type="checkbox"/> 木曜 <input checked="" type="checkbox"/> 金曜 <input checked="" type="checkbox"/> 土曜	利用時間 午前8時半 から 午後5時 まで

○希望期間・曜日・時間は、保育の利用を必要とする理由等に応じて記入してください。

○字は楷書ではっきりと書いてください。

(利用を希望する期間の具体例)

就労の場合・・・卒園までの期間
例：1歳児の場合→令和11年3月31日

出産の場合・・・産後3か月の期間
例：4月に出産の場合→令和6年7月31日

③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					備考
	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"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他	
	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"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他	

○特記事項

健康状態	卵アレルギーあり
留意事項	

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

必ず押印してください。

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。

保護者氏名

菊陽 太郎

菊陽

⑤ 代理人が提出する場合は、下記委任状を記入してください。

代理人提出の場合のみご記入ください。

委任状

(保護者) 住所: 菊陽町大字久保田2800番地

氏名: 菊陽 太郎

生年月日: 昭和57年4月1日

菊陽

私は、下記の者を代理人と定め、子どものための教育・保育の支給認定等に係る手続きに関する権限を委任します。

(代理人) 住所: 菊陽町光の森2丁目1番地1

氏名: 熊本 忠

生年月日: 昭和52年4月1日

熊本

※市町村記載欄

○優先利用等

以下は記入不要です。

実保育必要時間	1日あたり平均 実保育必要時間	×	1ヶ月あたり平均 実保育必要日数	=	1ヶ月あたり平均 実保育必要日数	保護者の方で少ない方を記載。勤務時間、通勤時間、休憩時間等を含む時間。 例:1日あたりの実保育必要時間が9時間、1ヶ月あたり実保育必要日数が20日の場合、9時間×20日(1ヶ月平均勤務日数)＝「180」時間を記載。
---------	--------------------	---	---------------------	---	---------------------	--

受付年月日

※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	
施設（事業者）名	
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備考	