

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

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)				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)					
	印					
	住所					
	郵便番号					
	住所					

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 の 世 帯 員				男・女			有・無	同居・別居
				男・女			有・無	同居・別居
				男・女			有・無	同居・別居
				男・女			有・無	同居・別居
				男・女			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（※）	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） ※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	(希望理由)	
	第2希望	<b>別紙【希望保育施設記入用紙】へご記入ください</b>	
	第3希望	(希望理由)	
利用を希望する 期間	から まで		
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間
	□月曜 □火曜 □水曜 □木曜 □金曜 □土曜		から 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の実状に合わせ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。

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
		<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	
	<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		

○特記事項

健康状態	
留意事項	

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	印
---	-------	---

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。

**委 任 状**

菊陽町長 様

(保護者) 住 所：  
氏 名： 印  
生年月日： 年 月 日

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：  
氏 名： 印  
生年月日： 年 月 日

※市町村記載欄

○優先利用事由情報

優先利用事由		
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 虐待・DV等	<input type="checkbox"/> 兄弟同時利用
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 障がい児	<input type="checkbox"/> 小規模保育等卒園時
<input type="checkbox"/> 生活中心者の失業	<input type="checkbox"/> 育児休業明け	<input type="checkbox"/> その他市町村が定める事由

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	