

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼施設利用申込書

(新規・変更)

【保育標準時間・保育短時間(2・3号)認定用】

年 月 日

保護者氏名

印

真岡市福祉事務所長 殿

受付番号

変更箇所

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。

申請児童	氏名	生年月日	性別	(4.1時点) 年齢	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
保護者	(住所)				
	連絡先電話番号①(父・母・自宅)		連絡先電話番号②(父・母・自宅)		
前年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> 異なる(住所)					

①保育の利用を必要とする理由等

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・日数等や疾病の状況など)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・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入	<input type="checkbox"/>

②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()

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当(□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯)					
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	個人番号 (マイナンバー)
申請児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	本人		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			

④同居でない祖父母の状況

申込児童の祖父母の氏名		生年月日	住所	別居等の別	健康状況	職業等
父方	祖父			別居・死亡	普・弱・障	
	祖母			別居・死亡	普・弱・障	
母方	祖父			別居・死亡	普・弱・障	
	祖母			別居・死亡	普・弱・障	

(表面)

⑤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 <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
希望する 利用曜日・時間 ・区分	利用曜日	利用時間	利用区分(※1)
	利用曜日 (○をつけてください) 月 火 水 木 金 土	時 分 から 時 分 まで	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間
利用を希望する 施設（事業者）名 (※2)	施設（事業者）名・希望理由(※3)		
	第1希望	(希望理由)	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	
その他の状況	1. 兄弟姉妹で同時に 利用申込をする場合	<p>※兄弟姉妹が同時に入園を申し込んでいる場合、同時に同じ園に入園が難しい場合があります。その場合、どのように考えるか、下記にチェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 1人でも入園を希望する <input type="checkbox"/> 優先順位なし <input type="checkbox"/> 上の子から <input type="checkbox"/> 下の子から <input type="checkbox"/> 同時なら別々の園でも入園を希望する ※希望順位の低い園なら同時になれる場合は、 (同園になること・希望順位) を優先する。 <input type="checkbox"/> 同時に同じ園に入園できるまで待機する。	
	2. 産前産後休暇又は 育児休業明けで申し 込んでいる場合	希望する園への入園が不承諾となった場合、「育児休業等に関する法律」に基づく育児休業の取得、又は期間延長は可能ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」を選んだ方は、下記に期間を記入してください。 (年 月 日まで取得(延長)可能)	
	3. 入園が不承諾にな った場合は、どの ように考えています か。	<input type="checkbox"/> 育児休業の取得又は延長 <input type="checkbox"/> 認可外保育所・託児所などを利用して、仕事を開始する。 <input type="checkbox"/> 入園できるまで、仕事を始めるのを遅らせる。 (求職中・就労内定の場合) <input type="checkbox"/> 祖父母(同居・別居)に保育してもらおう。 <input type="checkbox"/> その他()	

(※1) 保護者の月平均勤務時間が64時間～120時間以内の時は短時間 120時間以上の時は標準に✓をつけて下さい。

(※2) 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。

(※3) 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)及び世帯情報を見ることがあります。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

※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)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

※市記載欄

支給認定	可・否	認定日	年 月 日	施設利用	可・否	決定日	年 月 日
	認定区分	2・3号	利用区分		標準・短時間	利用期間	自 年 月 日 至 年 月 日