

(様式第1号)

記入例
(保育園)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定(現況)申請書
兼 保育園等入園申込書

平成29年11月1日

保護者氏名 **坂井 太郎** (坂井)

坂井市長 殿

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の 有無
	さかい いちろう 坂井 一郎	平成28年5月5日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	有 <input checked="" type="radio"/> 無
現住所	(住所) 〒919-0592 坂井市坂井町下新庄1-1			
転入先 (転入予定の方)	(住所) 〒	転入日 (予定日)	年 月 日	
連絡先	自宅	0776-66-1500	父	090-xxxx-xxxx
			母	090-xxxx-xxxx
保育の希望の 有無(*1)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の就労又は疾病等の理由により、保育園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 : 幼稚園部の利用を希望する場合(保育園等と併願の場合を除く)			

(*1) ・「保育園等」とは、保育園(所)、幼保園(保育園部)、認定こども園(保育園部)、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)
 ・「幼稚園部」とは、幼保園(幼稚園部)、認定こども園(幼稚園部)をいいます。
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～⑥に、「無」を○で囲んだ場合は②～⑥に必要事項を記入して下さい。

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	不在の場合
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 育児休業中 <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、その他の内容など)) (株) ××× 8:30~17:00まで月20日間	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ()
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 育児休業中 <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、その他の内容など)) 平成30年5月10日 出産予定(その後、1年間の育児予定)	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ()	

② 申請児童の情報

アレルギーの有無 有 無 * 過去に症状があった場合も含む
 (*2) 有の場合は、**食物アレルギー対応食申請書(ピンクの用紙)**を併せて提出して下さい。

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	平成30年 4月 1日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
希望する 利用曜日・時間 (*3)	利用曜日	利用時間	
	月曜日から 金曜日まで	8時00分から 17時30分まで	
支給認定の特例 希望の有無	原則として保育を必要とする理由等に応じて支給認定を行います。次にチェックを入れた場合は希望を優先します。 <input type="checkbox"/> 保育標準時間認定(11時間利用)基準に該当する場合であっても、 保育短時間認定(8時間利用) を希望します。		
利用を希望する 施設	施設(事業者)名・希望理由		
	<input type="checkbox"/> 希望	○○幼保園(保育園部)	(希望理由) 自宅に近く、地域の人が通うため
	<input type="checkbox"/> 希望	××保育園	(希望理由) 勤務先に近いため
	<input type="checkbox"/> 希望	□□幼稚園(幼稚園部)	(希望理由) 次に近いため
現在入園中施設名	-		

(*3) 幼稚園部の利用を希望する場合は記入不要です。

(*4) 必ず第3希望まで記入して下さい。(記入がない場合は、こちらで調整させていただきます。)

保育園(保育園部)を希望する場合は、必ず第3希望まで記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

④ 世帯の状況

ひとり親世帯等の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 ・ 該当 (<input type="checkbox"/> ひとり親認定世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯)				
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 ・ 該当 (平成 年 月 日保護開始)				
区分	(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	備考
児童の世帯員	さかい たろう 坂井 太郎	父	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 57年 8月 8日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	(株) ××××	
	さかい ゆり 坂井 百合	母	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 61年 7月 7日生	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妊娠中	
	さかい かもめ 坂井 かもめ	姉	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 21年 6月 6日生	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	△△小学校3年	H30. 4. 1現在
	さかい あきら 坂井 あきら	弟	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 29年 4月 4日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女		
	さかい へいた 坂井 平太	祖父	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 31年 1月 1日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	農業	
	さかい さくらこ 坂井 桜子	祖母	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 34年 2月 2日生	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	無職	
			<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生	男・女		

⑤ 別居祖父母の状況 (同居祖父母については、上記に記載してください)

	氏名	年齢	住所	状況
父方	祖父	歳		仕事をしている・病気又は障害・無職 その他 ()
	祖母	歳		仕事をしている・病気又は障害 無職・その他 ()
母方	祖父 福井 松雄	59 歳	福井市□□1丁目	仕事をしてい る ・病気又は障害 無職・その他 ()
	祖母 福井 つぐみ	58 歳	同上	仕事をしてい る ・病気又は障害 無職・その他 ()

⑥ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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・収集すること、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 **坂井 太郎**

* 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
入園内定の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約 (内定))) ・ 無
備考	

* 市記載欄

受付年月日 年 月 日

入園施設 (事業者) 名	保育必要量	認定の可否
	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号・3号 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	可・否 (否とする理由) 年 月 日認定
<input type="checkbox"/> 保育園部 <input type="checkbox"/> 幼稚園部		
軽減対象	<input type="checkbox"/> ひとり親軽減 <input type="checkbox"/> 第2子軽減 <input type="checkbox"/> 第3子軽減	