

記入例 (幼稚園)

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。

Application form with fields for applicant name (坂井 一郎), birth date (平成26年5月5日生), gender (男), residence (坂井市坂井町下新庄1-1), contact info (0776-66-1500), and care preference (無).

(*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

Table for reasons of childcare need, with entries for father's work (8:30-17:00) and mother's pregnancy (due 2020/5/10).

② 申請児童の情報

Form for allergy information, with '有' (Yes) circled.

③ 利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

Form for utilization period and facility preference, with '希望する施設(事業者)名' (幼稚園部) and '希望する理由' (自宅に近く、地域の人が通うため) entered.

(*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

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。

Small empty boxes at the bottom of the page.

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	