

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30年11月1日

坂井市長 殿

保護者氏名 **坂井 太郎** (印)

※ 上記保護者を支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。

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27年5月5日生	男 女	有 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)	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)			
	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、幼稚園(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 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 <small>(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))</small>	<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 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 <small>(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))</small>	<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31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
	曜日から	曜日まで	時 分から 時 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(事業者)名 (*4)	施設(事業者)名・希望理由		
	第1希望	○○幼保園(幼稚園部)	(希望理由) 自宅に近く、地域の人が通うため
	第2希望		(希望理由)
第3希望		(希望理由)	
現在入園中施設名	○○幼保園(保育園部)		

(*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**で記入して下さい。(記入がない場合は、こちらで調整)

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。

① 資 E 総

--	--	--

② E 総

--	--

④ 世帯の状況

ひとり親世帯等の有無		非該当・該当 (<input checked="" 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		非該当・該当 (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	T H 58年 8月 8日生	男・女	(株) ××××	<input checked="" type="checkbox"/> 別居 単身赴任中
	さかい ゆり 坂井 百合	母	T H 62年 7月 7日生	男(女)	妊娠中	<input type="checkbox"/> 別居
	さかい かもめ 坂井 かもめ	姉	T H 22年 6月 6日生	男(女)	△△小学校3年	H31. 4. 1現在
	さかい あきら 坂井 あきら	弟	T H 30年 4月 4日生	男(女)		
	さかい へいた 坂井 平太	祖父	T H 32年 1月 1日生	男(女)	農業	
	さかい さくらこ 坂井 桜子	祖母	T H 35年 2月 2日生	男(女)	無職	
			T H 年 月 日生	男・女		
			S			

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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適正な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		
<input type="checkbox"/> 個人番号確認書	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