

様式第1号(第3条、第6条、第7条、第11条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定(変更・現況)申請(届出)書

継続申請は「現況」に○をしてください。

平成29年 10月 10日

保護者氏名

御代田 太郎

御代田町長様
(管理者様)

新規申請の方は個人番号をご記入ください。

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(変更・現況)を申請(届出)します。

申請する子ども	ふりがな氏名	生年月日	性別	年齢	障害者手帳の有無
	御代田 花子 個人番号 123456789012	平成24年10月10日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	5歳	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
住所 連絡先	(住所) 御代田町大字 御代田 〇〇△△番地〇 (連絡先) 自宅: 〇〇-△△△△ 日中連絡先: □□□-△△△△-〇〇〇〇				
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
保育希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の労働また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(幼稚園との併願を含む)→次の①~④もご記入ください。 <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く)→次の①、②、④もご記入ください。				
支給認定変更理由	支給認定を変更する場合のみご記入ください。				
子どもの健康上または発達上気になること	無 <input checked="" type="radio"/> 有	◎有の場合には具体的に記入してください。(例:食物アレルギー(たまご)がある 熱性けいれん有 など)			
①世帯の状況					
児童が同居している家族の氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業・勤務先 校名等 (電話番号)	場合により連絡させていただくことがあります。実際にお勤めの場所の連絡先をご記入ください。
御代田 太郎 個人番号 456789012345	父	S60.1.1	男	自営業 (12-3456)	有 無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
御代田 〇〇 個人番号 789012345678	母	H2.4.1	女	(株)□△ (12-5678)	有 無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
御代田 ☆☆	姉	H19.12.31	男 <input checked="" type="radio"/> 女	南小学校 ()	有 無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
御代田 △△	祖父	S28.6.15	男 <input checked="" type="radio"/> 女	農業 ()	有 無 <input checked="" type="radio"/> 有 無
御代田 □□	祖母	S30.2.20	男 <input checked="" type="radio"/> 女	パート((有)△〇) (12-7890)	有 無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
生活保護適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用有り ()				
②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 から 平成 31 年 3 月 31 日 まで				
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由				
	第一希望	雪窓保育園		(理由)	通勤途上に位置するため。
	第二希望	やまゆり保育園		(理由)	勤務先に近いため。
第三希望	(理由)				

→裏面に続く

③保育の利用を必要とする理由

保護者の状況について、該当番号を記入してください。

父 (①) 母 (①) その他 (祖父 : ①) (祖母 : ①)

該当番号表

- ① 就労（フルタイムの他、パートタイム、夜間、居宅内の労働など、全ての就労）
- ② 妊娠・出産（産前2ヶ月・産後3ヶ月）
- ③ 保護者の疾病・障がい
- ④ 同居または長期入院等している親族の介護
- ⑤ 災害復旧
- ⑥ 求職活動（起業準備を含む。原則3ヶ月）
- ⑦ 就学（職業訓練校等における職業訓練を含む）
- ⑧ その他

※⑧を選択した場合、具体的な状況をご記入ください。

実際に施設を利用する時間
をご記入ください。

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障がい者家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間
	月 曜日から	金 曜日まで	8 時から 16 時まで

④施設利用にあたっての確認欄

- 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民税情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、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。
- 利用の際には施設の規定を守り、利用料は責任をもって期日までに納入することを誓約します。
- 年度当初の支給認定の際、支給認定証の発行が30日を超える1月下旬の発行となることを了承します。

保護者氏名

御代田 太郎

印

*市町村記載欄

受付年月日 年 月 日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日 認定		
支給 (入所) の可否		支給 (利用) 期間
可 ・ 否 (否とする理由)		自 年 月 日 至 年 月 日
[<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]		
入所施設 (事業者) 名		
[<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)] [<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)]		
備 考		

*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	(担当者)
連絡先	(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	