

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) 記入例

平成30年 10月 9日

既に在園している場合は「現況」に○

保護者氏名

御代田 太郎

印

御代田町長 様
(管 理 者 様)

新規申請の場合は個人番号を必ず記入

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 御代田 花子 個人番号 123456789012	生年月日 平成25年10月10日生	性別 男・女	年齢 5 歳	障害者手帳の有無 有・無		
住所 連絡先	(住所) 御代田町大字 御代田 ○○△△番地□ (連絡先) 自宅: ○○-△△△△ 日中連絡先: □□□-△△△△-○○○○	31年4月2日時点の年齢を記入					
認定者番号	12345678 ※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	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。 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 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・学校名等 (電話番号)	市町村民税課税の有無	障害者手帳の有無	備考
御代田 太郎	父	S60.1.1	男	自営業 (12-3456)	有 無	有 無	
御代田 ○○	母	H21.1.1	女	(株)□△ (5678)	有 無	有 無	
御代田 ☆☆	姉	H21.12.31	女	南小学校 ()	有 無	有 無	
御代田 △△	祖父	S28.6.15	男	農業 ()	有 無	有 無	
御代田 □□	祖母	S30.2.20	女	パート((有)△○) (12-7890)	有 無	有 無	
生活保護適用の有無	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	2019年 4月 1日 から 2020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

御代田 印

*市町村記載欄

以下記入不要

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可 ・ 否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 可 ・ 否 (否とする理由) [<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]	年 月 日 認定	支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日
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 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	