

記載例

給認定申請書 兼保育施設入所申込書 (施設型給付費・地域型保育給付費等)

平成 年 月 日

- 1.支給認定に際しては、市が申請者や同居親族の課税内容・所得状況等、保育の実施や利用料の算定に必要な情報の閲覧及び取得を行うことがあります。
- 2.申請書等に記載した事項及び決定された利用者負担額については、利用調整や教育保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 3.4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要することから、認定証の交付は、実施開始日の前月までにお知らせいたします。
- 4.申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。
- 5.利用申し込み後において、世帯構成や保育を必要とする理由に変更が生じた場合や、申告等により課税額に変更が生じた場合は、届け出が必要です。
- 6.保育料の納付及び必要書類の提出は、必ず期限までに行ってください。

上記の項目に同意した上で、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請するとともに施設入所を申し込みます。

保護者	(ふりがな) にしのおもて たいよう (氏名) 西之表 太陽 ®	電話番号 (自宅)	22-1111
	(住所) 西之表市 西之表23456番地7 あこうアパート809号	父携帯	090-1234-5678
		母携帯	090-8765-4321

申請児童	氏名		生年月日	性別	年齢 (4/1現在)	障がい者手帳・療育手帳の有無
	(ふりがな) にしのおもて そら 西之表 空		平成 26 年 4月4 日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	4	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭で保育 <input type="checkbox"/> 保育所 () 保育園 <input type="checkbox"/> その他 ()					
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有	保護者の労働又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(幼稚園等と併願の場合を含む)				
	<input type="radio"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合				

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部分)、小規模保育、家庭の保育、居宅訪問型保育、事業所内保育を言います。
 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)を言います。
 「有」を○で囲んだ場合は①~⑤を、「無」を○で囲んだ場合は②~⑤に必要事項を記入してください。

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				
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 具体的な状況 ()	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 具体的な状況 ()	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 災害復旧

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	平成 31 年 4月1 日から 就学前 まで もしくは 平成 年 月 日まで	
希望する利用曜日・時間	利用曜日 (利用する曜日に○をしてください) <input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input checked="" type="radio"/> 水 <input checked="" type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金 <input checked="" type="radio"/> 土 (平均週 6 日)	利用時間 8 時 00 分 ~ 17 時 00 分
希望する施設	第1希望	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 保育園 (希望理由) 自宅に近い
	第2希望	<input type="radio"/> <input type="radio"/> こども園 (希望理由) 職場に近い
	第3希望	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 保育園 (希望理由) 実家に近い

表面【裏面もあります】

③世帯の状況（申込児童・祖父母を除く） *きょうだいの学校名は平成31年4月の進級先です。

区分	氏名	生年月日	児童との続柄	性別	勤務先又は学校名等	備考
児童の世帯員	西之表 太陽	S52 年 5月 日生	父	男	西之表商事	
	西之表 月子	S55 年 7月 日生	母	女	農業手伝い	
	西之表 陸	H22 年 8月 日生	兄	男	榕城小2年	
	西之表 海	H25 年 9月 日生	姉	女	榕城幼稚園	
		年 月 日生				
		年 月 日生				
		年 月 日生				
平成30年1月1日時点の住所		<input checked="" type="checkbox"/> 西之表市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村 ()				
平成31年1月1日時点の住所		<input checked="" type="checkbox"/> 西之表市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村 ()				
ひとり親世帯等の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)				
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月保護開始)				

④申請児童の情報

健康状況 ※該当する場合に記入	アレルギー・アトピー・ぜんそく・その他 () 主な症状 (<u>卵アレルギー</u>)
健康診断での指導事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【入院】 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名:)
その他施設への連絡事項	

⑤祖父母の情報（不在の場合は、空欄。市外に在住の場合は、市町村名までの記入）

	氏名	祖父母の状況	年齢	住所（同居の場合は記入不要）	職業	65歳未満の場合保育出来ない理由
父方	-	同居・別居				
	西之表 星	同居・別居	68	西之表65432番地	無職	
母方	種子島 北男	同居・別居	65	中種子町	農業	
	種子島 南	同居・別居	63	中種子町	無職	病気のため

※市記載欄

入所決定施設		認定番号	
認定の可否	可・否 平成 年 月 日認定 否とする理由 ()	認定区分等	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
支給(入所)の可否	可・否 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> その他 () 否とする理由 ()		
支給(利用)期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
父：30年度 所得割額 (円) ・ 31年度 所得割額 (円)			利用者負担額
母：30年度 所得割額 (円) ・ 31年度 所得割額 (円)			4~8 円
30年度 合計 円	31年度 合計 円	9~3 円	

※施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合） 1号認定のみ

施設名		受付年月日	年 月 日
入所契約(内定)の有無	有 (年 月 日契約・内定) ・ 無		