

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和〇年〇月〇日

保護者氏名 足寄 太郎

足寄町長 様
(子どもセンター)

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	氏 名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
	あしよろ いちろう 足寄 一郎	令和 〇年 〇月 〇日生	男	
保護者 住所・連絡 先	(住所) 〒089-3703 足寄町北3条1丁目5番地1			
	(連絡先) 0156-25-2574 (父携帯) 090-****-**** (母携帯) 080-****-****			
認定者番号	記入不要			
保育の希望 の有無 (※)	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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等と併願の場合を除く)		

※ 両親ともに保育の要件を満たす場合は、「有」、どちらかのみ場合は「無」に〇をつけてください
保育の要件 ~ 裏面③の就労・妊娠出産・疾病・求職活動などです

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の 世帯員	足寄 太郎	父	年 月 日生		父母・兄弟 及び同居の 方を記載く ださい。	記入 不用	
	足寄 花子	母	年 月 日生				
	足寄 一郎	本人	年 月 日生				
	足寄 二郎	弟	年 月 日生				
				年 月 日生			
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り (年 月 日保護開始)					

②利用を希望する期間、希望する施設 (事業者) 入園を希望する期間

利用を希望する期間	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 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1希望	家庭的保育事業・足寄町認定こども園どんぐり 芽登保育所・上利別保育所・螺湾保育所
	第2希望	希望する施設名を記入
	第3希望	

○ *印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

③保育の利用を必要とする理由等

※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
場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		備考
	父	就労 妊娠・出産 疾病・障害 介護等 災害復旧 求職活動 就学 その他（具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など））	いずれかに○	
母	就労 妊娠・出産 疾病・障害 介護等 災害復旧 求職活動 就学 その他（具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など））			
家庭の状況	ひとり親家庭 ・ 左記以外		いずれかに○	
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45分 から 15時30分まで	

希望の曜日・時間を記入

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、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。
署名してください 保護者氏名 **足寄 太郎**

*市町村記載欄

受付年月日	令和 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) 令和 年 月 日認定		<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	支給(利用)期間	
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]	自 令和 年 月 日 至 令和 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	令和 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(事業者番号:)
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(令和 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	