

支給認定申請書

令和 年 月 日
みよし市長 様

保護者氏名

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	(ふりがな)	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	氏 名	年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) (連絡先) - -			
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
希望する区分に ○を付けて下さい(※)	保育園	認定こども園		
	幼稚園	その他 ()		

(※)「保育園」、「認定こども園」を○で囲んだ場合は①～④に、「幼稚園」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。「その他」は、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育が該当する場合があります。

①世帯の状況

区分	(ふりがな)	児童との 続柄	生年月日	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村 住民税課 税の有無	備考	
	氏 名						
児童の世帯員 (本人以外)		父	年 月 日生		有・無		
		母	年 月 日生		有・無		
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (令和 年 月 日保護開始)					

②利用を希望する期間、希望する保育園、幼稚園等

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
利用を希望する 保育園、幼稚園等	利用を希望する保育園、幼稚園等の名称	事業所番号*
	①	
	②	
	③	

○ *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。
○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(表面)

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		<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"/> 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)		
		勤務(就学)先	勤務(就学)日数 1か月 日	
		勤務(就学)時間 (定時) 平日 : ~ : (休憩時間を除く実勤務時間数 時間 分)		
		土日 : ~ : (休憩時間を除く実勤務時間数 時間 分)		
		通勤(通学)方法	通勤(通学)時間 片道	
		[その他の内容(疾病の場合は病名)]		
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"/> 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)		
		勤務(就学)先		勤務(就学)日数 1か月 日
		勤務(就学)時間 (定時) 平日 : ~ : (休憩時間を除く実勤務時間数 時間 分)		
		土日 : ~ : (休憩時間を除く実勤務時間数 時間 分)		
		通勤(通学)方法		通勤(通学)時間 片道
		[その他の内容(疾病の場合は病名)]		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する利用曜日	利用曜日	利用時間		
	曜日から 曜日まで	時 分から 時 分まで		

④税情報等の提供及び支給認定証の交付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。また、支給認定証について当初入園の場合は、認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、利用調整の結果とともに2月頃に通知されることに同意します。

保護者氏名

*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日		
認定の可否		認定証番号	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"/> 標準 <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(令和 年 月 日契約(内定)))・無	
備考		

(裏面)