

支給認定申請書兼入所申込書
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

大台町長 様

年 月 日

申請者 (保護者)	住所	〒	氏名	※申請者による自署									
			個人番号										

注意：上記の申請者が申請に来られない場合、代理人は委任状兼同意書又は確約書の提出が必要です。

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及び入所を申請します。

申請児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日・年齢	性別	認定者番号 ※既に認定済みの場合
		年 月 日生	男・女	
		歳		
個人番号				
連絡先	(電話番号) : () (緊急連絡先) : ()			
保育の希望の有無(*1)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育園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)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育園等と併願の場合を除く)			

(*1) ・「保育園等」とは、保育園、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
・「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を囲んだ場合は②～⑤に必要事項を記入して下さい。

①保育の利用を必要とする理由等 (上記の「保育の希望の有無」で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。)

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育園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
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 虐待・DV ☐ その他 ()
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 虐待・DV ☐ その他 ()

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有 ()
その他特記事項	無・有 ()

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無		非該当・該当 (☐ ひとり親世帯等 ☐ 在宅障害児(者)のいる世帯)				
生活保護の適用の有無		非該当・該当 (年 月 日保護開始)				
区分	氏 名	生年月日	児童との続柄	性別	職業・学校名等 個人番号	市町村民税課税の有無 (※2)
児童の世帯員		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無
		年 月 日生		男・女		有・無

(※2)前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税が課税されている場合、「有」に○を付けてください。

④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	年 月 日 から 年 月 日 まで	
希望する 利用曜日・時間	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時から 時まで
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	（希望理由）
	第2希望	（希望理由）
	第3希望	（希望理由）
		事業所番号(*3)
		事業所番号(*3)
		事業所番号(*3)

(*3)町記載欄のため、申請時に記入は不要です。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費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並びに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。

申請者氏名
（保護者）

*施設記載欄（保育園を経由して町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設（事業者）名	（施設・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 ））・無
備考	

*町記載欄

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） 年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 （□標 □短）
支給（入所）の可否		支給(利用)期間
可・否 （否とする理由） 〔 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名		
備考		