

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 保育所等入所申請書

上里町長 様

施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定の申請、及び保育所等への入所を希望し、下記内容に同意します。

届出に係る同意内容

1 税情報等の提供について

町が、同一世帯員について、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な情報（市町村民税の情報、世帯情報、障がいに関する情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報等）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。

2 保育を必要とする理由の申告について（保育の希望が有の場合のみ）

保育所の利用を必要とする理由等に変更が生じた場合には、必要書類を添えて速やかに申告します。なお、申告を怠り、または虚偽の申告を行った場合に、認定を取り消されたとしても異議ありません。

受付欄

令和 年 月 日

児童	(ふりがな)							住所	利用開始希望日
	氏名							令和 年 月 日	
	生年月日	年齢(当年度4/1時点)	マイナンバー	兄弟順位	性別	続柄	支給認定区分		
	令和 年 月 日			第 子	男・女		○教育 ○保育		
保護者	続柄 (通知・電話等メインの連絡先に)	○父 携帯番号			○母 携帯番号				
	(ふりがな)								
	氏名								
	生年月日 / マイナンバー	昭和 年 月 日	マイナンバー	昭和 年 月 日	マイナンバー				
	住所	申請時点	○児童と同居 別居の場合の住所			○児童と同居 別居の場合の住所			
	前々年度1/1時点 ※9月以降の入所 希望は前年度1/1時点	※申請時点と異なる場合のみ記入			※申請時点と異なる場合のみ記入				
利用希望施設	第1希望	希望理由						見学済	<input type="checkbox"/>
	第2希望	希望理由						見学済	<input type="checkbox"/>
	第3希望	希望理由						見学済	<input type="checkbox"/>

① 保育の利用を必要とする理由等（教育認定希望者は記入不要）

保育の利用を必要とする理由 (入所希望月時点)	続柄	必要とする理由					
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ※（上記で「その他」を選択した場合）具体的な状況や内容を記入 ( )					
希望する曜日・時間	続柄	必要とする理由					
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ※（上記で「その他」を選択した場合）具体的な状況や内容を記入 ( )					
申請に係る子どもの現況	利用曜日	曜日から 曜日まで		利用時間	時 分から 時 分まで		保育必要量
							○保育標準時間 ○保育短時間
その他特記事項	○家庭で保育している (保育者氏名: 児童との続柄: )			○施設を利用している (利用施設名: )			

事務処理欄 (申請者は記入不要)	受付者	事務処理状況チェック欄					
		一覧への入力	支給認定処理	入所決定処理	保育料算定	通知の発送	

② 世帯の状況（父母及び申請児童以外で、同住所に住んでいる全員を記入）

児童の世帯員（祖父母や申請児童の兄弟等）	ふりがな	生年月日			性別	児童との続柄	職業又は学校・園名等	障害
	氏名	大正	年	月	日	男		有
	マイナンバー（ ）	昭和	年	月	日	女		無
	氏名	大正	年	月	日	男		有
	マイナンバー（ ）	昭和	年	月	日	女		無
	氏名	大正	年	月	日	男		有
	マイナンバー（ ）	昭和	年	月	日	女		無
氏名	大正	年	月	日	男		有	
マイナンバー（ ）	昭和	年	月	日	女		無	
氏名	大正	年	月	日	男		有	
マイナンバー（ ）	昭和	年	月	日	女		無	
氏名	大正	年	月	日	男		有	
マイナンバー（ ）	昭和	年	月	日	女		無	

ひとり親世帯等	非該当	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 →(該当の場合)児童扶養手当の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <small>※父母が単に別居しているのみ等では該当になりません。 ※「無」の場合はひとり親であることがわかるものを添付してください</small>	
	該当	<input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 <small>※上記世帯員で「障害」の欄に「有」がある場合該当になります。該当の方の障害者手帳や診断書等のコピーを添付してください。</small>	
生活保護	非該当	(開始： 年 月 日 )	
その他特記事項			

③ 児童の健康状態

既往症	無・有	病名：	通院： 回/月
アレルギー情報	無・有	内容：	
障害の有無	無・有	<input type="checkbox"/> 手帳の有無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無 <small>↳ (無の場合)障害の内容： ※診断書を添付してください</small> <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
保育士加配希望	無・有	※有の場合であっても、入所施設の状況により、加配されないことがあります。	
その他特記事項 (施設に伝えたい健康上心配なこと等)			

④ 祖父母の状況について

父方	祖父	無・有	同居・別居	〔別居の場合は右欄も記入〕	氏名	住所
	祖母	無・有	同居・別居		氏名	住所
母方	祖父	無・有	同居・別居		氏名	住所
	祖母	無・有	同居・別居		氏名	住所

\*施設記入欄（1号認定希望者及び事業所内保育希望者等で内定証明書を提出される場合や、2・3号利用希望者は記入不要）

施設（事業者）名				受付日	令和 年 月 日
入所内定等の有無	無・有	契約等の状況	契約・内定	契約(内定)日	令和 年 月 日
担当者氏名				連絡先	- -
備考					

\*市町村記入欄

認定・入所の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 ※否とする理由（ ）		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (口標 口短)
備考		