

支給認定申請書(新規・変更)兼施設利用申込書

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

(あて先) 上三川町長 様

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。

児童	(フリガナ)		年 齢	歳(入所希望年度4月1日時点)	性 別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日	認定者番号 (既に認定済みの場合)	
	(個人番号)					
保護者	(住所)					
	(連絡先：父)	(連絡先：母)				
保育の希望の有無	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)				
	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)				

①保育の利用を必要とする理由等 (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。)

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
			<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入
		<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入	

②申請児童の情報

障がい者手帳の情報	無・有 (<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳)
現在入園中の施設	無・有 (施設名: _____)
アレルギー情報	無・有 (_____)
その他特記事項	無・有 (_____)

③世帯の状況

ひとり親世帯該当の有無	非該当・該当 (<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 (_____))
在宅障がい児(者)の有無	非該当・該当
生活保護の適用の有無	非該当・該当 (年 月 日保護開始)

児童の世帯員	(フリガナ)	年 齢	性別	続柄	勤務先・学校名 幼稚園・保育所等	年1月1日 の住民登録地	個人番号
	氏 名	生 年 月 日					備考
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				

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 1日 から 年 月 末日 まで	
希望する 利用曜日・時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで
希望する保育時間	1. 保育標準時間(1日11時間) 2. 保育短時間(1日8時間) 3. 教育標準時間	
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	
	第2希望	
	第3希望	
	第4希望	
	第5希望	
	第6希望	
	第7希望	
	第8希望	

⑤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・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報等（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。

保護者氏名 _____ 印 _____

※同居でない祖父母について、記載ください。

申込児童の祖父母の氏名		年齢	住 所	別居等の状況	職業
父	祖父	歳		別居・死亡	
方	祖母	歳		別居・死亡	
母	祖父	歳		別居・死亡	
方	祖母	歳		別居・死亡	

【保護者の方は下記ご記入不要】

*施設記載欄（幼稚園等を経由して市町村に提出する場合）

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 日契約（内定））） ・ 無
備 考	

*市町村記載欄

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)		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
年 月 日認定		
支給（入所）の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由)	自 年 月 日	
[□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]	至 年 月 日	
入所施設（事業者）名		
[□認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)]		
備 考		

(裏面)

記入例 支給認定申請書(新規・変更)兼施設利用申込書

H〇〇年△△月〇〇日

保護者氏名 上三川 太一



(あて先) 上三川町長 様

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。

児童	(フリガナ)	カミノカワ ジロウ	年 齢	1歳(入所希望年度4月1日時点)	性 別	男・女
	氏名	上三川 二郎				
	(個人番号)	1234123400XX	生年月日	H27年5月5日	認定者番号 (既に認定済みの場合)	
保護者	(住所)	上三川町しらさぎ一丁目1番地				
	(連絡先:父)	080-1234-56××	(連絡先:母)	090-1122-33××		
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(保育所等と併願の場合を除く)					

①保育の利用を必要とする理由等 (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 checked="" 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入	
母	<input checked="" 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入		

②申請児童の情報

障がい者手帳の情報	無・有 (<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳)
現在入園中の施設	無・有 (施設名:)
アレルギー情報	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (卵アレルギー)
その他特記事項	無・有 ()

③世帯の状況

ひとり親世帯該当の有無	非該当・該当 (<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ())						
在宅障がい児(者)の有無	非該当・該当						
生活保護の適用の有無	非該当・該当 (年 月 日保護開始)						
児童の世帯員	(フリガナ)	年 齢	性別	続柄	勤務先・学校名 幼稚園・保育所等	H〇〇年1月1日 の住民登録地	個人番号 備考
	氏 名	生 年 月 日					
	カミノカワ タイチ 上三川 太一	28 歳 S63年12月25日	男	父	(株)しらさぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 ()	2341234001XX
	カミノカワ サキコ 上三川 咲子	27 歳 H2年3月3日	女	母	上蒲生(株)	<input checked="" type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 ()	3412341200XX
	カミノカワ イチロウ 上三川 一郎	3 歳 H25年10月13日	男	兄	〇〇〇保育所	<input checked="" type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 ()	4123412300XX
	カミノカワ ダイスケ 上三川 大輔	58 歳 S33年4月29日	男	祖父	かんぴょう 小学校	<input type="checkbox"/> 町内 <input checked="" type="checkbox"/> 町外 (宇都宮市)	4321432100XX
	カミノカワ ハナエ 上三川 花絵	53 歳 S38年9月9日	女	祖母		<input type="checkbox"/> 町内 <input checked="" type="checkbox"/> 町外 (宇都宮市)	5432109876XX 椎間板ヘルニアのため、加療安静
	歳	男・女			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 ()		
	年 月 日						
	歳	男・女			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 ()		
	年 月 日						

(表面)

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	H29年5月1日から H34年3月末日まで	
希望する 利用曜日・時間	利用曜日	利用時間
	月火水木金土	8時00分から18時00分まで
希望する保育時間	①. 保育標準時間(1日11時間) 2. 保育短時間(1日8時間) 3. 教育標準時間	
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	希望施設名と希望理由を ご記入ください
	第2希望	
	第3希望	
	第4希望	
	第5希望	
	第6希望	
	第7希望	
	第8希望	

⑤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・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報等(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。

保護者氏名

上三川 太一



※同居でない祖父母について、記載ください。

申込児童の祖父母の氏名		年齢	住所	別居等の状況	職業
父 方	祖父	歳		別居・死亡	
	祖母	歳		別居・死亡	
母 方	祖父	夕顔 亮太 62 歳	上三川町しらさぎ5丁目67番89	別居・死亡	農業
	祖母	夕顔 みどり 59 歳	同上	別居・死亡	会社員

【保護者の方は下記ご記入不要】

*施設記載欄(幼稚園等を経由して市町村に提出する場合)

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 日契約(内定))) ・ 無
備考	

*市町村記載欄

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)		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
年月日認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日
[□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]		至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
[□認定子ども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)]		
備考		

(裏面)