

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の子ども	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	個人番号
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
保護者住所・連絡先・生年月日	(住所) 七ヶ浜町	(生年月日)			
	(電話番号)	(連絡先電話番号)			
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) ・「保育所等」とは、保育所、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。

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ください。

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"/> 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"/> 養護 <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"/> 養護 <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(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 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	性別	児童との続柄	多子軽減計算対象施設(*2)	職業又は学校名等	本年1月1日現在の住所地
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		都道府県 市区町村
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		都道府県 市区町村
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		都道府県 市区町村
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		都道府県 市区町村
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		都道府県 市区町村
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		都道府県 市区町村
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		都道府県 市区町村

(*2) 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、該当にチェックを付けてください。

(表面)

●世帯分離している場合でも、家族全員を記入してください。

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 (*3)	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時 分から 時 分まで
利用を希望する 施設（事業者）名 (*4)	施設（事業者）名・希望理由(*5)	
	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(*6)
		事業所番号(*6)
		事業所番号(*6)

(*3) 就労等の時間及び通勤時間等を含む時間を記入してください。

(*4) 幼稚園等を経由して市町村に提出する場合は記入不要です。

(*5) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

(*6) 市町村記載欄のため、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

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（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

*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 備考	有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定）））・無

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給（入所）の可否 可・否 (否とする理由) { □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型	支給(利用)期間 自 年 月 日 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		