

記入例

(様式第1号)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定(現況)申請書兼入所(園)申請書

平成30年 10月15日

保護者氏名 海南 太郎



海南市長 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。

申請に係る 小学校就学前児童	氏名	生年月日	性別	保護者 との続柄	認定者番号
	(ふりがな) かいなん みかん 海南 みかん	平成30年1月1日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	子	※既に認定済みの場合
保護者連絡先 (優先的に使う連絡先を ○で囲んでください)	自宅 073 - XXXX - XXXX	携帯(父)	090 - XXXX - XXXX		
		携帯(母)	090 - XXXX - XXXX		
保護者 住所	〒 642-8501 海南市南赤坂11番地		学校区(異 小学校)		
(転入・転居予定の場合のみ) 転入・転居予定 住所	〒		学校区(小学校)		
保育の希望の 有無(*1)	<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 <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合				

(*1)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部)、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(幼稚園部)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	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)等
	父	<input checked="" 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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育休取得中だが保育利用中の児童あり <input type="checkbox"/> その他()	株式会社 ○○○○ 月～金 及び第2、第4土曜出勤 08:30～17:15 自動車通勤(約30分) (残業日に1～2時間有)
母	<input checked="" 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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育休取得中だが保育利用中の児童あり <input type="checkbox"/> その他()	○○病院 月～金曜勤務 交替制勤務 1)07:00～16:00 2)08:30～17:30 3)11:00～20:00 自動車通勤(約45分)	

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (食品名 卵 症状 口の周りに湿疹がでる)
その他特記事項	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (左腕が抜けやすく、気を付けている。)

③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	平成 31 年 4 月 1 日 から 平成 36 年 3 月 31 日		
希望する 利用曜日・時間 (*2)	利用曜日	利用時間	
	<input checked="" type="radio"/> 月・ <input checked="" type="radio"/> 火・ <input checked="" type="radio"/> 水・ <input checked="" type="radio"/> 木・ <input checked="" type="radio"/> 金	7時 30分 から	17 時 00 分
	<input checked="" type="radio"/> 土	7時 30分 から	17 時 00 分
利用を希望する 施設(事業者)名 (*3)	施設(事業者)名	希望理由	事業所番号(*4)
	第1希望 みらい子ども園	姉が通っているため	
	第2希望 内海保育所	通勤経路にあるため	
	第3希望 きらら子ども園	祖父母の家が近いため	

(*2) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*3) 幼稚園等を經由して市に提出する場合は記入不要です。

(*4) 市記載欄のため、申請時には記入不要です。

④世帯の状況

ひとり親世帯等		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当・該当(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当・該当(平成 年 月 日 保護開始)					
区分	氏名 個人番号	生年月日	性別	児童との続柄	職業又は 学校名等	障害者 手帳	備考
児童の 世帯員	(ふりがな)かいなん たろう 海南 太郎	60年 1月 1日生	男()女	父	会社員	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	(ふりがな)かいなん はなこ 海南 花子	60年 2月 1日生	男()女	母	看護師	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	(ふりがな)かいなん もも 海南 もも	28年 2月 1日生	男()女	姉	みらい子ども園	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
祖父母の 状況	氏名	年齢	住所		電話番号		
	父方 祖父 海南 ○介	65	海南市○○		xxx-xxx-xxxx		
	祖母 海南 ○子	65	同上				
	母方 祖父 下津 ○吉	65	海南市下津町○○		xxx-xxx-xxxx		
祖母 下津 ○美	65	同上					

⑤税情報等の提供及び認定事務期間の延長に当たっての署名欄

(1) 施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市民税の情報(同一世帯に属する者に係る当該情報を含む。)及び世帯情報を閲覧すること。


(2) この申請書に記載された内容を確認するため、関係機関へ照会すること。

(3) 就労状況を確認するため、電話、訪問等により就労先へ照会すること。

(4) この申請に基づき決定した利用者負担額について、利用する施設等へ通知すること。

(5) 翌年度4月から利用開始の場合は、支給認定事務が集中し、審査に時間を要することから、今年度末までに認定すること。

以上のことについて、同意します。

保護者氏名 海南 太郎 

保護者氏名 海南 花子 