

施設型給付費等 支給認定申請書（兼施設利用申請書 兼児童台帳）

広川町長 様

令和 年 月 日

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。
また、保育所入所希望の場合は、施設利用もあわせて申請します。

希望する認定区分	<input type="checkbox"/> 1号(教育3歳以上児) (幼稚園名:)	<input type="checkbox"/> 2号(保育3歳以上児) <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	<input type="checkbox"/> 3号(保育3歳未満児) <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	
ふりがな	性別	生年月日	年齢	心身障がい疾病の有無
利用申込 児童氏名	男・女	平成 年 月 日生 令和	R5.4.1現在 歳	無有
個人番号				
現住所				連絡先
	自宅	TEL		
令和4年1月1日の住所 (同上の場合は不要)	父	TEL		
	母	TEL		
現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> その他 ()			

①世帯の状況（申請児童を除く） ※住民票上別居の父母がいる場合、その方も記載し「別居」を○で囲んでください。

入所児童の世帯の状況	ふりがな 氏名	児童との続柄	生年月日	同居・別居	職業(勤務先)又は学校・保育所名	勤務先電話番号	身障・療育手帳の有無
	個人番号		T・S・H・R .	同・別			無・有
	個人番号		T・S・H・R .	同・別			無・有
	個人番号		T・S・H・R .	同・別			無・有
	個人番号		T・S・H・R .	同・別			無・有
	個人番号		T・S・H・R .	同・別			無・有
	個人番号		T・S・H・R .	同・別			無・有
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (年 月 日から)					
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外					

②保育の利用を必要とする理由

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
母	<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()

③保育の利用を希望する期間、施設名

利用を希望する期間 および時間	令和 年 月 日～ 卒園(就学前)まで・令和 年 月 日まで	
	時 分(登園)から 時 分(お迎え)まで	
利用を希望する 施設名	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	第4希望	(希望理由)
	第5希望	(希望理由)

※裏面もご記入ください。

④税情報等の提供及び認定事務及び保育料の支払いに当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等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。

次年度4月の利用に向けた認定事務等が集中するため審査に時間を要することから、認定結果は2月下旬に通知を受けることに同意します。

保育料に未納があるときは、児童手当を現金支給とし、保育料の支払いに充てることを確約します。

保護者氏名 _____

＊市町村記載欄

受付年月日	令和 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) 令和 年 月 日認定	令和 年 月 日送付	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)・ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名・所在地		
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考		

＊施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(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 (令和 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 提供無()	取得者	確認者
番号確認	身元確認		
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 公費医療証 <input type="checkbox"/> 他		