



**施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書
兼 保育施設・事業利用申込書 （2・3号認定用）**

田原本町長 殿

- ・子どものための教育・保育給付の支給に係る特定教育・保育施設又は、特定地域型保育事業の利用申請に際して、町長が、施設・事業の利用調整に必要な申請者及び同居する親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります。（子ども・子育て支援法第16条による。）
- ・この申請に記入されている事項の中で、利用調整及び教育・保育の運営上必要と認められる情報を施設・事業者提供することがあります。
- ・申請内容が事実と相違した場合は、認定・利用を取り消す場合があります。

※翌年4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、11月から12月までに提出された支給認定申請については、翌年2月下旬までに認定します。

以上のことに同意の上、次のとおり、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業の支給認定及び、利用を申請します。

<input type="checkbox"/> 幼稚園併願 ※幼稚園にも申込みをされている場合は、 レ点をいれてください。 幼稚園申込日（ 年 月 日）
--

申請日	年	月	日
申請者名	(印)		
(保護者名)			

申請児童名	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	保護者との続柄	障害者手帳の有無
		年 月 日生	男・女		有・無
保護者住所・電話	住所				
	電話 (自宅)	(父携帯)	(母携帯)		
利用を希望する期間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで				
利用を希望する施設(事業者)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		
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）				

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育所部分）、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。（以下同じ）
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（幼稚園部分）をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①、②に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は通学先等	*多子軽減対象施設に該当	町民税課税の有無
児童の世帯員			年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象	有・無
			年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象	有・無
			年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象	有・無
			年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象	有・無
			年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象	有・無

■生活保護の適用の有無： 適用無し ・ 適用有り（ 年 月 日保護開始）

○別紙の「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。

*印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。

○文字は楷書ではっきりと書いて下さい。

②入所・利用を希望している児童の状況について

<input type="checkbox"/> 職場の託児所に預けている。 託児所名 ()	<input type="checkbox"/> 保育所に通っている。 保育所名 ()
<input type="checkbox"/> 無認可の託児所に預けている。 託児所名 ()	<input type="checkbox"/> 幼稚園に通っている。 幼稚園名 ()
<input type="checkbox"/> 営業又は内職している保護者がみている。	<input type="checkbox"/> 家で現在は働いていない保護者がみている。
<input type="checkbox"/> 家で家族がみている。	<input type="checkbox"/> その他 ()

③保育の利用を必要とする理由

※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に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	番号	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）			備考
	父	()	曜日～ 曜日	: ~ :	日/月	
	母	()	曜日～ 曜日	: ~ :	日/月	
	同居祖父	()	曜日～ 曜日	: ~ :	日/月	
	同居祖母	()	曜日～ 曜日	: ~ :	日/月	
㊤ 下記の該当する番号を記入してください。 (1) 就労 (2) 妊娠・出産 (3) 疾病・障がい (4) 介護等 (5) 災害復旧 (6) 求職活動 (7) 就学 (8) その他 ()						
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外 ()					
希望する利用時間	利用曜日			利用時間		
	月・火・水・木・金・土			時から 時まで		

*【町記載欄】

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		支給認定証番号	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 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
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) (<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 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設(事業者)名			
<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) 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"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)			
備考			

*施設記載欄(施設(事業者)を經由して町に提出する場合)

受付年月日	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 [年 月 日契約(内定)】】 ・ 無		
備考			