

# 記入例

## 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定兼保育施設利用申請書

平成**29**年**11**月**1**日

提出日を記入

保護者氏名 **阿賀野 太郎**

阿賀野

阿賀野市長 様

押印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定及び保育施設の利用を申請します。

申請に係る小学校 就学前児童	氏名	個人番号	生年月日	性別	障害者手帳
	あがの じろう 阿賀野 次郎	1234 5678 9012	平成 <b>27</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日	男・女	有・無
保護者住所 ・日中連絡先	阿賀野市 山崎77番地 (連絡先)父：あがの商店 母：求職活動中		Tel.62-2790 (自宅) Tel.090-1234-1234 Tel.090-4321-4321		
認定証番号	※既に支給認定を				
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、保育所等における保育の利用を含む) 無：幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く)				
支給認定証の交付希望の有無	有・無				

勤務先または携帯電話等、日中つながりやすい連絡先

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園、幼稚園、認定こども園等事業所内保育をいいます  
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園等事業所内保育をいいます  
 ・「有」を選択した場合は①～④に、

個人番号（マイナンバー）を記入 ※提出者の本人確認をさせていただきます。

### ① 世帯の状況

区分	氏名	個人番号	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	備考	
児童の世帯員	あがの 太郎 阿賀野 太郎	0000 0000 0000	父	昭和60年2月2日	男・女	会社員	同居・別居	
	あがの はなこ 阿賀野 花子	1111 1111 1111	母	昭和60年3月3日	男・女	求職活動中	同居・別居	
	あがの いちろう 阿賀野 一郎	2222 2222 2222	兄	平成20年4月4日	男・女	あがの小学校		
	あがの きよし 阿賀野 清	3333 3333 3333	祖父	昭和35年5月5日	男・女	会社員		
	あがの みどり 阿賀野 緑	4444 4444 4444	祖母	昭和35年6月6日	男・女	曾祖母の介護		
	あがの はな 阿賀野 ハナ	5555 5555 5555	曾祖母	昭和10年7月7日	男・女	無職		
					年 月 日	男・女		
					年 月 日	男・女		
生活保護の適用の有無		適用なし・適用あり(平成 年 月 日保護開始)						

② 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 <b>30</b> 年 4月 1日 から 平成 <b>33</b> 年 3月 <b>31</b> 日まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	※事業所番号
	第1希望 <b>あがの幼稚園</b> (理由)兄弟が通っていたため	
	第2希望 <b>ひょうこ幼稚園</b> (理由)家から近いため	
	第3希望 <b>ござさん幼稚園</b> (理由)家から近いため	

※欄は市が記載しますので、記入する必要はありません

③ 保育の利用を必要とする理由等

※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ください

	続柄	必要とする理由	備考	
	保 育 を 必 要 と す る 理 由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))		
<b>幼稚園・認定こども園(幼稚園部分)を利用の場合、 記入は不要です。</b>				
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))		
家族の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する 利用曜日	利用曜日 : 曜日から 曜日まで			
希望する 利用時間	利用時間 : 時 分から 時 分まで			

④ 税情報等の提供にあたっての署名欄

市が施設型給付費・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及び市が保有する個人情報について、特定教育・保育施設等に対して通知することに同意します。

保護者氏名 **阿賀野 太郎**

阿賀野

【留意事項】

支給認定（保育の必要性の認定）及び施設（事業者）への入所については、

- ・ 保育の必要性の認定基準に該当しないため、希望する認定が受けられない
- ・ 希望者が多数いるため、希望施設に入所できない
- ・ 保育の実施基準の該当事由により、利用期間の希望に添えられない

等の場合がありますので、あらかじめご承知ください。

【添付書類】

本申請に付表、就労証明書、家事従事申立書等、市長が別に定める書類を添付してください。

.....以下は記入しないでください.....

※市記載欄

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)	年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
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		至 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			

※施設記載欄（施設（事業者）を經由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設（事業者）名	(事業所番号： )
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先) Tel
入所契約の有無	有 ( 年 月 日契約) ・ 無
備考	