

(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 施設利用申込書

令和 年 月 日

勝山市長 殿

<input type="checkbox"/> 新規	継続・転園の場合 現在通っている施設名 園
<input type="checkbox"/> 継続	
<input type="checkbox"/> 転園	

*該当するところに○をつけてください

保護者氏名 _____ 印

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。

申請児童	ふりがな 氏名	性別	年齢	生年月日	児童の発達・既往症・アレルギー・ 障害等気になる事柄 有・無 (有の場合は内容)
	-----	男・女	歳	平成 令和 年 月 日 生	
保護者 住所・電話番号	(住所)				
	(自宅電話番号)	(父携帯)	(母携帯)		
支給認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
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(教育部分)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況 ※上記の申請児童以外についてご記入ください

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先名 又は学校名等	備考 (保護者のみ個人番号を記載)
児童の 世帯員		父	TS HR 年 月 日生	男		
		母	TS HR 年 月 日生	女		
			TS HR 年 月 日生	男・女		
			TS HR 年 月 日生	男・女		
			TS HR 年 月 日生	男・女		
			TS HR 年 月 日生	男・女		
			TS HR 年 月 日生	男・女		
母子・父子世帯	該当・非該当	在宅障害者	有(名前: _____)・無		生活保護受給	有・無

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から	1. 小学校入学まで 2. 令和 年 月 日まで
利用を希望する 施設名等	施設名等・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

- *印の欄は事務処理欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。(黒のボールペンで記入ください。消えるペンは不可)
(表面)

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の就労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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<input type="checkbox"/> 就労（産休含む） <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"/> 育児・育休 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【特記事項】
	母	<input type="checkbox"/> 就労（産休含む） <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"/> 育児・育休 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【特記事項】
保育必要量	短時間保育（8時間）の希望の有無 →（ 有 ・ 無 ） ※標準時間認定が可能な場合であっても短時間認定を希望する場合は有に○	

④個人番号・税情報等の提供に当たっての署名欄

勝山市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定及び副食費免除対象者の判定に必要な個人番号・市町村民税の情報（同一世帯者を含む）、農地基本台帳及び世帯情報を閲覧・収集し、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

*事務処理欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認定の可否 可・否 （否とする理由） 令和 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短）
支給（入所）の可否 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]		支給（利用）期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設等名 [<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） <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）]		
入所決定施設名	備考	

*施設記載欄（施設等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	

（裏面）