

施設型給付費支給認定申請書 兼 施設利用申込書

令和●年●月●日

(保護者氏名)

多良 次朗

佐賀県藤津郡太良町長殿

(行政区： ●●)

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費に係る認定を申請し、保育所・幼稚園等施設への入所について申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日 ※年齢はR6.4.1現在	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな) たら はなこ 多良 花子 個人番号： 記入不要	R4 年 5 月 6 日生 (1 歳)	男・ 女	有・ 無
保護者 住所・連絡先	(住所) 849-16●● 太良町大字●● ●●●番地● (連絡先) 父携帯：●●●-●●●●-●●●● 母携帯：●●●-●●●●-●●●●			
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
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下さい。

①世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	障害者手帳の有無	前(当)年度分市町村民税課税の有無
子どもの世帯員	(ふりがな) たら じろう 多良 次朗 個人番号：	父	H●年●月●日生	男 ・女	太良町役場	有・ 無	有 ・無
	(ふりがな) たら さくら 多良 さくら 個人番号：	母	H●年●月●日生	男・ 女	事務	有・ 無	有 ・無
	(ふりがな) たら つばき 多良 椿 個人番号：	姉	H●年●月●日生	男・ 女	●●小学校	有・ 無	有・ 無
	(ふりがな) たら ごろう 多良 五郎 個人番号：	兄	R●年●月●日生	男 ・女	●●保育園	有・ 無	有・ 無
	(ふりがな) 年 月 日生 個人番号：			男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 年 月 日生 個人番号：			男・女		有・無	有・無
	(ふりがな) 年 月 日生 個人番号：			男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無	適用 無 し・適用有り (保護開始)						

子どもの世帯員は、世帯分離している世帯、単身赴任の保護者がいる場合も同一生計全員分を記入してください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	R6 年 4 月 1 日 から R7 年 3 月 31 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 ●●保育園 (理由) 兄が通っているため	
	第2希望 ▲▲保育園 (理由) 家から近いため	
	第3希望 ■■■■園 (理由) 職場から近いため	
	第4希望 (理由)	
第5希望 (理由)		

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、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下さい。

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下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄 父	必要とする理由 <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"/> その他 () (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
	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"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日 月・火・水・木・金・土	利用時間 7時30分から18時00分まで	
希望する保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間(8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間未満)		

(祖父母の状況)

	氏名	年齢	同居・別居	住所(※同居以外の場合)	就労	職業、疾病名等
父方	祖父	●●●●	同居・別居	太良町大字●●●●-●●	有・無	介護1
	祖母	●●●●	同居・別居	太良町大字●●●●-●●	有・無	会社員
母方	祖父		同居・別居		有・無	
	祖母	●●●●	同居・別居	●●●●市●●●●-●●	有・無	パート

④税情報等の提供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掲示することに同意します。

保護者氏名 多良 次朗 (印)

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無(有 ・ 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

添付資料について

*市町村記載欄

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)		□1号 □2号 □3号 (□標準 □短)	
年月日 認定			
支給(入所)の可否	支給認定期間	契約期間	
可・否(否とする理由)	自 年 月 日	自 年 月 日	
〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕	至 年 月 日	至 年 月 日	
入所施設(事業所)名		令和5年度利用施設名	
{ □認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事) □第一希望施設と同施設 }			
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	年 月 日
施設(事業所)名	
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定)))・無
備 考	