

令和 年 月 日

保護者氏名 保育 太郎 印

加茂市こども未来課長 殿

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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 (ふりがな) ほいく じろう 保育 二郎		生年月日 年齢(令和4年4月1日現在) R3年5月10日生 (0歳)	性別 男・女	保護者との続柄 二男
	個人番号 1 2 ケタの番号				
保護者住所・連絡先	(住所) 加茂市幸町2丁目3番5号 (連絡先電話番号には携帯電話の場合(母)または(父)等を記入) (電話番号)00-0000 (連絡先電話番号)000-0000-0000(母)				
保育の希望の有無(*1)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の労働希望する場合 <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用希望する場合 令和4年度の幼稚園の申込については幼稚園にお問い合わせください。認定こども園の幼稚園部分については無を囲んでください。 保育所等において保育の利用を含む)等と併願の場合を除く) 家庭的保育、				

(*1) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園、居宅訪問型保育、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

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

続柄	必要とする理由(該当する項目にレを記入)	備考
<input checked="" type="radio"/> 父 又は祖父等	<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"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入 (保育株式会社勤務、週5日、8時間/日勤務)	
<input checked="" type="radio"/> 母 又は祖母等	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入 ((株)hoiku勤務、週5日、7時間45分/日勤務)	

②世帯の状況

ひとり親世帯等の有無 該当・該当
 生活保護の適用の有無 該当・該当(平成・令和 年 月 日保)

多子軽減計算対象施設とは保育園、幼稚園等です。上記施設(異なる施設でも可)に同時入園している場合、2人目は保育料半額免除、3人目は全額免除となります。

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	多子軽減計算対象施設(*2)	又は学校名等	住民税有無(*3)	備考
児童の世帯員	(ふりがな) 保育 太郎	S60年 5月 5日生	男・女	父	<input type="checkbox"/> 対象	保育株式会社	有・無	12ケタの番号
	(ふりがな) 保育 花子	S61年 3月 3日生	男・女	母	<input type="checkbox"/> 対象	(株)hoiku	有・無	-----
	(ふりがな) 保育 一郎	R元年 6月 6日生	男・女	兄	<input checked="" type="checkbox"/> 対象	〇〇保育園	有・無	-----
	(ふりがな) 保育 親 太郎	S35年 7月 7日生	男・女	祖父	<input type="checkbox"/> 対象	保育商店(自営業)	有・無	-----
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	-----
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	-----
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	-----
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	-----

(*2)多子軽減計算(別紙記入上の注意参照)の対象施設に入園・入学している場合、□該当にチェックを付けて下さい。

(*3)前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税課税が課税されている場合、「有」に○を付けてください。

③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	令和4年 4月 1日 から 令和10年 3月 31日 まで		
希望する 利用曜日・時間 (*4)	利用曜日	保育利用時間(通勤時間を含む)	
	月 曜日から 土 曜日まで	8時 30分 から 16時 00分 まで	
利用を希望する 施設(事業者)名 (*5)	施設(事業者)名・希望理由(*6)		
	第1希望	〇〇 保育園	(希望理由)父母が就労で日中保育するものがおらず、兄も入園しているため。
	第2希望	△△ 保育園	(希望理由)父母が就労で日中保育するものがおらず、通園の便が良いため。
	第3希望	□□ 保育園	(希望理由)父母が就労で日中保育する者がおらず、園の雰囲気魅かれたため
			事業所番号(*7)

(*4)幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*5)幼稚園等を経由して市町村に提出する場合は記入不要です。

(*6)小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

(*7)市町村記載欄のため、申請時に記入は不要です。

④申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input checked="" type="radio"/> 有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	<input checked="" type="radio"/> 有(卵黄 小麦)
その他特記事項	<input checked="" type="radio"/> 有()

⑤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。

保護者氏名 保育太郎 印

*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
令和 年 月 日認定		
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)	支給(利用)期間	
自 令和 年 月 日		
至 令和 年 月 日		
[□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]		
入所施設(事業者)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)]		
備 考		

(裏面)