

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名(自署)

琴浦町長 様

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。また、琴浦町が施設型給付費・地域型給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯を含む)及び世帯情報を閲覧すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請に係る 小学校就学 前子ども	氏名	生年月日 ※年齢はR8.4.1	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日生 (歳)	男・女	有・無
	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子(第 子)			
保護者 住所・連絡先	(住所) 琴浦町大字			
	(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①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び②に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況(申込児童本人は除き、世帯分離の親族を含む。)

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	前(当)年度分市町 村民税課税の有無	備考
児童の 世帯員 (同居親族全員)	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		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)					

②利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
利用を希望する 施設(事業所)名	施設(事業所)名・希望理由	
	第1希望	(理由)
	第2希望	(理由)
	第3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。*印の欄は町載欄ですので、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

保育の利用を必要とする理由	続柄	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"/> 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 type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	利用曜日（○をする）	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間） ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）	

※ 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)

* 琴浦町記載欄

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） 令和 年 月 日認定		<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	支給認定期間	契約期間
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	自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名		利用施設名
<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） <input type="checkbox"/> 第一希望し節度同施設		
備考		

*（施設（事業所）を經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（事業所）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	