

様式第1号(第4条関係)

### 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

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R7.4.1	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日生 ( 歳)	男・女	有・無
	□第1子 □第2子 □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	
	施設(事業所)名・希望理由	事業所番号*
利用を希望する 施設(事業所)名	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))
		<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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
令和 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
<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	至 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	