

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請（届出）書  
（兼入所申込書）

平成 年 月 日

身延町長 様

保護者氏名

㊞

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請（届出）します。また、身延町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の課税情報（同一世帯者を含みます。）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額等を特定教育・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  (個人番号)	氏 名	生年月日	続柄	性別	障害者手帳 の有無
	(ふりがな)	平成 年 月 日		男・女	有・無
保 護 者	住 所	身延町			
	連絡先	① — —	② — —	【自宅・携帯（父・母）・職場（父・母）】 【自宅・携帯（父・母）・職場（父・母）】	
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（※1）		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 : 幼稚園等のみを希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）			

(※1)・「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。

①世帯の状況

区分	ふりがな 氏 名 (個人番号)	児童と の続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	市区町村民 税の課税 (※2)	備考
児 童 の 世 帯 員			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
生活保護	<input type="checkbox"/> 適用有り	ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当	在宅障がい者（児）	<input type="checkbox"/> 有（氏名： _____）		

(※2) 前年度分の市町村民税又は当該年度分の市区町村民税が課税されている場合には「有」に○をしてください。

②利用を希望する期間等、利用を希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分から	時 分まで
利用を希望する施設（事業者）	施設（事業者）名		希望理由	事業所番号(※3)
	第1希望	保育所(園)		
	第2希望	保育所(園)		
	第3希望	保育所(園)		

(※3) 事業所番号は、町記載欄ですので記入する必要はありません。

③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○で囲んだ場合のみ記入してください。）

保育の利用を必要とする理由(※4)	続柄	必要とする理由	備考
	父	【事由】(主なものに一つ☑をしてください。) <input type="checkbox"/> 就労 <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 ( )	
母	【事由】(主なものに一つ☑をしてください。) <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

(※4) 保育の利用が必要なことを証する書類を添付してください。

\*\*\*\*\* 【記入はここまで】 \*\*\*\*\*

\*町記載欄

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
<input type="checkbox"/> 可 ( 年 月 日 認定) <input type="checkbox"/> 否 (理由: )		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短 ) <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短 )
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
<input type="checkbox"/> 可 【 <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】 <input type="checkbox"/> 否 (理由: )	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
<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"/> 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 )		
備考	認定担当者	入力担当者

\*\*\*\*\*

\*施設記載欄(施設(事業者)を經由して町に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定(H 年 月 日契約(内定))】 <input type="checkbox"/> 無
備考	