

(様式第1号)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

印

本別町長 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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日 個 人 番 号	性別	障害の有無
	()	平成・令和 年 月 日	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	住 所：本別町 電話番号：(自宅) (携帯)			
利用を希望する施設名	<input type="checkbox"/> 認定こども園ほんべつ <input type="checkbox"/> 勇足へき地保育所			
利用を希望する 支給認定区分(※)	支給認定区分		保育必要量(2・3号のみ)	
	<input type="checkbox"/> 1号認定 / <input type="checkbox"/> 2号認定・3号認定		<input type="checkbox"/> 標準時間 / <input type="checkbox"/> 短時間	
保育を必要とする 理由の有無(※)	<input type="checkbox"/> 有	保護者のいずれもが下記のいずれかの理由に該当することにより、認定こども園またはへき地保育所において保育の利用を希望する場合		
		続柄 保育の利用を必要とする理由		
	<input type="checkbox"/> 無	満3歳以上の就学前子どもであって、上記以外の理由により、認定こども園またはへき地保育所の利用を希望する場合		
利用開始を希望する日	令和 年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 土曜日も恒常的に利用		
利用を希望する時間	時 分 ~ 時 分	(別途お申し込みが必要)		

(※)

- ・空欄部分を記入(□の場合は該当する欄にチェック(☑))をしてください。
- ・「1号認定」とは、満3歳以上の就学前子ども(2・3号認定を除く。)をいいます。
- ・「2号認定」とは、満3歳以上の就学前子どものうち、保育を必要とする就学前子どもをいいます。
- ・「3号認定」とは、満3歳未満の就学前子どものうち、保育を必要とする就学前子どもをいいます。
- ・「標準時間」とは、施設の開設時間中、最大11時間(7:30~18:30)利用することをいいます。
- ・「短時間」とは、施設の開設時間中、最大8時間(8:00~16:00)利用することをいいます。(へき地保育所の場合、保育時間は一律で8時00分から17時15分までとなります。)
- ・「保育の利用を必要とする理由」は、保護者の労働又は疾病等の理由により保育の利用を希望する場合に記入してください。(保育の利用を希望せず、1号認定を希望する場合は記入不要です。)具体的な状況については、町が別途定める期日までに、保護者それぞれについて、保育を必要とする理由の根拠となる書類(就労・雇用証明書や申告書等)をご提出いただきます。(入園・入所に係る直近の状況を把握するため、概ね入園・入所の1~2か月前に提出案内をします。)
- ・へき地保育所の入所児童が土曜日の保育を利用する場合、こども園でのお預かりとなります。

①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・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、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及び記載した個人番号を法令に定める範囲において事務に利用することに同意します。	
保護者氏名	印

※新たに本町へ転入された方は、前住所地の住民税課税証明書をご提出いただく場合があります。

②世帯の状況（利用開始を希望する時期における見込みを記載）

	(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日			性別	職業又は 学校名等	前年度分(当 年度分)町民 税課税の有無
			個人番号					
申請に係る小学校就学前子どもの世帯員	()		年	月	日生	男・女	有・無	
	()		年	月	日生	男・女	有・無	
	()		年	月	日生	男・女	有・無	
()		年	月	日生	男・女	有・無		
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始)						
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（単身赴任等を除く。） ・ <input type="checkbox"/> 左記以外						
在宅障害児(者)の状況		同居の世帯員で、下記の対象になっている人が <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ⇒ 氏名 _____ (身体障害者手帳・療育手帳・特別児童扶養手当・精神障害者保健福祉手帳)						

※申請に係る小学校就学前子どもの同一世帯に含まれる方全員を記載してください。

*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（理由） 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
支給の可否	保育を必要とする理由	支給（利用）期間
可・否（理由）		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園ほんべつ <input type="checkbox"/> 勇足へき地保育所		
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	有（ 契約・内定（令和 年 月 日契約（内定）） ・ 無
備考	