

【記入例】

令和6年度 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 施設入所申込書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 保護者氏名 大津 太郎

大津町長様

兄弟・姉妹が在園中で申請される場合は、保護者名は統一して下さい。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 <small>(ふりがな)</small> おおづ じろう 大津 次郎	生年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	性別 男・女 マイナンバー	障害者・療育手帳 の有無 有・無 1234 5678 9012
	住所 大津町 ●●1234番地 ▲▲▲▲101号	電話番号 (父) 111-2222-3333 (母) 444-5555-6666 (自宅) 096-777-8888	携帯番号 をお書き下さい。	单身赴任等で別居中の方は”別居”と記載し、併せて現住所をお書き下さい。

①世帯の状況(同居している人すべてご記入ください。) をお書き下さい。

区分	氏名 <small>(ふりがな)</small>	子ども との 続柄	生年月日	職業 又は 学校名等	障害者・ 療育手帳 の有無	マイナンバー <small>必ずご記入下さい</small>	備考
子どもの 世帯員	おおづ たろう 大津 太郎	父	S H ○ 年 ○ 月 ○ 日	会社員	有・無	1234 5678 9012	〇〇県〇〇市〇〇区 〇〇町1234
	さつき	母	S H ○ 年 ○ 月 ○ 日	派遣	有・無		
	めい 芽衣	姉	S R ○ 年 ○ 月 ○ 日	〇〇小学校	有・無		
	いちろう 一郎	兄	S H ○ 年 ○ 月 ○ 日	〇〇幼稚園	有・無		
	いちたろう 一太郎	祖父	S R ○ 年 ○ 月 ○ 日	無職	有・無		身障〇級/療育〇1・2
	はなこ 花子	祖母	S R ○ 年 ○ 月 ○ 日	パート	有・無		
			S H 年 月 日		有・無		小学校就学時の年度
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り (平成・令和 年 月 日 保護開始)						

② 利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	令和 ○ 年 ○ 月 1 日 から 令和 ○ 年 3 月 31 日	
利用を希望 する施設 (事業者)名	第1希望 ○〇〇〇保育園 (理由) 【例】自宅に近いから 職場に近いから	ア、希望3ヶ所以外の認可保育園 ・認定子ども園を協議した上、 小規模保育園の協議 も希望する場合 イ、希望3ヶ所以外の認可保育園 ・認定子ども園のみを協議す る場合
	第2希望 ○〇〇〇保育園 (理由) 通勤経路にあるから 兄弟が入所している	
	第3希望 ○〇〇〇保育園 (理由) 園の雰囲気が入ったから 延長時間が長いから	
希望保育施設に入所 できなかった場合の 利用調整 (該当する番号に○)	第1～第3希望以外の保育所に空きがある場合: 入所を 1. 希望する (ア. 小規模保育所を含む イ. 含まない) 2. 希望しない	
育児休業からの 復職意思の確認 (該当する番号に○)	育児休業中の方のみご記入ください 1. 直ちに復職を希望している、又は、保育所等に入所が決まれば復職したい 2. 育児休業の延長が可能であり、早急な保育所等への入所を希望していない	受付年月日

③ 保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <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"/> その他()	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <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"/> 妊娠・出産(母子手帳のコピーをつけてください) <input type="checkbox"/> その他()	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間(11時間)保育希望 <input type="checkbox"/> 短時間(8時間)保育希望 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;">大津町内の保育園: 8時から16時</div>
	月・火・水・木・金・土	※24時間単位で記入 8:00 時から 17:00 時まで	

④ 祖父母の状況

(※祖父母が離別している場合も、氏名は記入してください。住所が不明の場合は「不明」と記入してください。)

区分	氏名	年齢	児童との同居状況	住所 (別居の場合のみ記入)	職業	健康状態	
父方	祖父	大津 一太郎	〇〇	同居・別居・死別		無職	身障〇級
	祖母	花子	〇〇	同居・別居・死別		パート	良好
母方	祖父	△△ △△	△△	同居・別居・死別	〇〇県〇〇市〇〇町 1 2 3 番地	会社員	〃
	祖母	△△	△△	同居・別居・死別	〃	無職	疾病

⑤ 世帯の状況

該当の場合○	1. 母子世帯(児童扶養手当受給・遺族年金受給・受給なし) 2. 父子世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 在宅障害児(者)がいる(申込み児童含む) 4. 生活保護世帯
3. に該当する場合は以下を記入し、手帳のコピーをつけてください。 名前(大津 一太郎) 続柄(祖父) 障害の程度(身障〇級)	

⑥ 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。また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び副食費について、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 大津 太郎

⑦ 代理人が提出する場合は、下記委任状を記入してください。

大津町長 様	委任状
	(保護者) 住所 : 氏名 : 生年月日 : 年 月 日 ㊟
私は、下記の者を代理人と定め、子どものための教育・保育の支給認定等に係る手続きに関する権限を委任します。	
	(代理人) 住所 : 氏名 : 生年月日 : 年 月 日 ㊟

※ 新年度4月利用申請の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、一次利用申請締切日までに提出された支給認定申請については、12月中旬から下旬頃に認定します。