

令和4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

大津町長 様

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名		生年月日	性別	障害者・療育手帳 の有無
	(ふりがな)		平成 年 月 日 令和	男・女 マイナンバー	有・無
保護者 住所・連絡先	住 所	大津町			
	連絡先	(父)	(母)	(自宅)	
認定者番号	(※市町村記入欄)				

① 世帯の状況(同居している人すべてご記入ください。)※単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。

区分	氏 名	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 必ずご記入下さい	備考
子どもの 世帯員	(ふりがな)	父	S H 年 月 日		有・無		
		母	S H 年 月 日		有・無		
			S H 年 月 日		有・無		
			S H 年 月 日		有・無		
			S H 年 月 日		有・無		
			S H 年 月 日		有・無		
			S H 年 月 日		有・無		
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 日 から 令和 年 月 日	
利用を希望 する施設 (事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望 (理由)	
	第2希望 (理由)	
希望保育所等に入所 できなかった場合の 利用調整 (該当する番号に○)	第3希望 (理由)	
	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	
その他 特記事項	兄弟姉妹の申込: 1. 全員が入所できるまで待つ 2. 一人でも入所希望	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>支給認定証の交付のみ希望</li> <li>待機児童支援助成事業補助金申請希望(※未決定者のみ)</li> <li>その他( )</li> </ul>	
	受付年月日	

本人確認	マイナンバー・免許証・その他( )
------	-------------------

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 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 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		<input 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 (大津町内の保育園:8時から16時)
	月・火・水・木・金・土	※24時間単位で記入 時から 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		同居・別居・死別			
	祖母		同居・別居・死別			
母方	祖父		同居・別居・死別			
	祖母		同居・別居・死別			

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 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( ) 続柄( ) 障害の程度( )	

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
--

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  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)	委任状 (保護者) 住所 : 氏名 : 生年月日 : 年 月 日	⑥          ⑥
(代理人)	住所 : 氏名 : 生年月日 : 年 月 日	⑥

※ 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、2月中旬から下旬頃に認定します。