

上市町長 宛て
(施設長 宛て)

上市町施設型給付・地域型保育給付費支給認定(変更)申請書
兼保育所(園)・認定こども園等入所(園)申込書

※ 施設型給付・地域型保育給付の支給認定に際しては、子ども・子育て支援法第16条に基づき、町が申請者及び同居親族の課税内容・所得状況等の利用料の算定に必要な情報の提供を、税務関係当局に求めることがあります。申請書に記載した事項については、利用調整及び教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者を提供する場合があります。

※ 施設型給付費・地域型保育給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。

※ 翌年4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し、審査等に日時を要するため、3月までに認定します。

※ 申請内容と事実が相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、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について申請し、あわせて入所(園)を申し込みます。

保護者氏名 印

フリガナ		性別	生年月日	年齢
申請児童名		男・女	年 月 日	
個人番号				(.4.1 現在)
フリガナ		続柄	連絡先	
保護者氏名 印		父・母	自宅	
個人番号		その他()		
フリガナ		続柄	父携帯	
保護者氏名 印		父・母	母携帯	
個人番号		その他()		
住所	〒 上市町		認定者番号	
			※既に認定を受けている場合は、記入してください。	
保育の希望の有無	有	保護者の就労、疾病等の理由により、保育所(園)又は認定こども園(保育部分)において保育の利用を希望する場合(表裏全て記入)		
	無	幼稚園又は認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合(表面のみ記入) (年 月 日から利用希望 施設名)		
支給認定証交付申請の有無		無 (支給認定決定通知書の交付) ・ 有		

①世帯の状況(家族構成)

区分	フリガナ氏名	続柄	生年月日	性別	職業、学校名等	市町村民税の課税	同居・別居の別	備考
家族の構成(同居していない兄弟姉妹も記載)			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
			年 月 日	男・女		有・無	同居・別居	
要保護世帯等の適用の有無			無・有 (□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯等)					
生活保護の適用の有無			無・有 (年 月 日保護開始)					

※裏面もご記入ください。

②保育の利用を希望する期間、曜日・時間、施設(事業者)名及びその理由

期間	<input type="checkbox"/> 年 4月 1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日	まで
曜日・時間	曜日		時間	
	月・火・水・木・金・土・日		時 分から 時 分まで	
	不定期(平均週 日)		<input type="checkbox"/> 標準時間保育希望 <input type="checkbox"/> 短時間保育希望	
施設(事業者)名及びその理由	順位	施設(事業者)名		理由
	第1			
	第2			
	第3			

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(変更する)理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、実働時間その他の状況等)を記入 ・勤務先 ・1か月当たりの実働時間 時間 分 ・その他	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、実働時間その他の状況等)を記入 ・勤務先 ・1か月当たりの実働時間 時間 分 ・その他		

※施設記載欄(施設を経由して町に提出する場合)

受付年月日 年 月 日

施設(事業者)名	
担当者氏名【連絡先】	【Tel _____】
契約(内定)の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無

※※町記載欄

受付年月日 年 月 日

認可の可否	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"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給の可否	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 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設(事業者)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(園) <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		