

支給認定申請書

年 月 日

(保 護 者 住 所) 新地町

(住 民 登 録 住 所)

(保 護 者 氏 名) 印

(電 話 番 号) 第一連絡先()

第二連絡先()

新地町長 宛

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	性 別	障害者 手帳の有無
		令和 年 月 日	男 ・ 女	有 ・ 無
認定者番号	※既に支給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	個 人 番 号		
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合			

(※)

- ・「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。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①～③に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童 との 続柄	生 年 日	個 人 番 号	性 別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の 世帯員					男 ・ 女		有 ・ 無	
					男 ・ 女		有 ・ 無	
					男 ・ 女		有 ・ 無	
					男 ・ 女		有 ・ 無	
					男 ・ 女		有 ・ 無	
					男 ・ 女		有 ・ 無	
					男 ・ 女		有 ・ 無	
					男 ・ 女		有 ・ 無	
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用あり (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

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
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 (希望理由)	事業所番号*
	第2希望 (希望理由)	
	第3希望 (希望理由)	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。*印の欄は市町村記入欄ですので、記入する必要はありません。
○字は楷書ではっきりと書いてください。

③税情報等の提供に当たっての署名欄

新地町が施設型給付費・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

印

④保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を希望する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	続柄	必要とする理由	具体的な状況
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他()	(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他()	(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		時 分から 時 分まで

*市町村記入欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否 可 ・ 否 (否とする理由)	認定者番号 年 月 日認定
支給(入所)の可否 可 ・ 否 (否とする理由)	認定区分等 ☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
[☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型]	支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名 [☐ 認定こども園(☐ 連 ☐ 幼(☐ 幼 ☐ 保) ☐ 保(☐ 保 ☐ 幼) ☐ 地(☐ 幼 ☐ 保)) ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型(☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事)]	
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	(事業所番号:)
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 [年 月 日契約(内定)] 】・無
備 考	

(裏面)

支給認定申請書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(保 護 者 住 所) 新地町 谷地小屋字樋掛田30

(住 民 登 録 住 所) 同上

(保 護 者 氏 名) 新地 太郎

(電 話 番 号) 第一連絡先(父勤務先) 0000-00-0000

第二連絡先(母携帯) 000-0000-0000

新地町長 殿

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	性 別	障害者手帳の有無
	しんち さくら	令和	男・女	有・無
	新地 さくら	7 年 5 月 1 日		
認定者番号	※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(※)	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	個 人 番 号		
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		

(※)

- 「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。
- 「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①～③に必要

マイナンバーを記入してください

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童 との 続柄	生 年 月 日	個 人 番 号	性 別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の 世帯員	しんち 太郎 新地 太郎	父	S62.2.2	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	男・女	会社員 (株)〇〇	有・無	
	しんち はなこ 新地 花子	母	H3.3.3	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	男・女	看護師 〇〇病院	有・無	
	しんち かれい 新地 かれい	兄	R4.4.4	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	男・女	新地保育所	有・無	
生活保護の適用の有無		適用なし・適用あり						

就学前までの
期間を記入してください

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 9 年 4 月 1 日 から 令和 14 年 3 月 31 日 まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	事業所番号*	
	第1希望 新地保育所 (希望理由) 兄が入所しているため	
	第2希望 福田保育所 (希望理由) 通勤先が近いため	
	第3希望 駒ヶ嶺保育所 (希望理由) 自宅から近いため	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。*印の欄は市町村記入欄ですので、記入する必要はありません。
○字は楷書ではっきりと書いてください。

③税情報等の提供に当たっての署名欄

新地町が施設型給付費・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

新地 太郎

新
印
地

④保育の利用を必要とする理由等

保育所の利用を希望する場合は記入してください

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他()	(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) (株)〇〇 週5日勤務(土日祝日休み) 勤務時間 8:00-17:00
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他()	(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) 〇〇病院 週4日、シフト勤務(下記の4パターン) ①8:00-13:00 ②13:00-17:00 ③13:00-17:00 ④8:00-13:00
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ・ ☒ 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	(月)・(火)・(水)・(木)・(金)・土		8 時 30 分から 17 時 30 分まで

*市町村記入欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 ☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (□標 □短)
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)		支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日
[☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型]		
入所施設(事業者)名		
[☐ 認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型(□小 □家 □居 □事)]		
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	令和 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
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	

(裏面)