

支給認定申請書

令和 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
	_____	年 月 日生	男・女	有・無
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		

- (※)
- ・「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に必要な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 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	_____			_____	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	令和 年 月 日 から 令和 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		事業所番号*
	第1希望	(希望理由)	
	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
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()	(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 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	認定区分等	
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(入所)の可否		支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日	
[<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]		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 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 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** 新印

(電話番号) 第一連絡先(・自宅): **0244-62-2116**

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 新地 さくら	令和 5 年 5 月 1 日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
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(※)	<input checked="" type="radio"/> 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		
	<input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合	000000000000000000		

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

- (※)
- 「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(認定こども園(保育部分)に限ります)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に必要な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		000000000000000000	<input checked="" type="radio"/> 男	会社員 (株)〇〇	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	しんち 花子 新地 花子	母		000000000000000000	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	看護師 〇〇病院	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	しんち かれい 新地 かれい	兄		000000000000000000	<input checked="" type="radio"/> 男	新地保育所	有 <input checked="" type="radio"/> 無	
						男・女	有・無	
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 適用なし		適用あり ()月()日保護開始)				

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 7 年 4 月 1 日から 令和 12 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	
	第3希望 駒ヶ嶺保育所 (希望理由) 自宅から近い	

○「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し、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。

保育所の利用希望者は記入してください

保護者氏名 **新地 太郎**



④保育の利用を必要とする理由 **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
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日 月・火・水・木・金・土		利用時間 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) 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <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(入所)の可否 可・否 (否とする理由) [<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]	支給(利用)期間 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 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 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)