支給認定申請書の書き方（記載例）

・該当する欄に黒又は青のボールペン等で記入してください。
・□の中に「✔」マークを記入してください。
・申請する児童一人につき、一枚の申請となります。

面接　令和　　年　　月　　日　　審査番号：
消印　令和　　年　　月　　日

施設型給付費・地域型保育給付費等　支給認定申請書

1. 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、町長が、申請者や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。
2. 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
3. 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。
4. 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、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、翌年３月までに認定します。
5. 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

受付	収受印
入力	
確認	

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を申請します。

（宛先）　舟 形 町 長

申請日　令和　4 年　11 月　×日

「日中の連絡先（電話番号）」欄は、最低ひとつは記入してください。

※個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）を忘れずに記入してください。

ひとり親で離婚が成立していない場合、家庭裁判所等の証明書が必要な場合があります。※不明な場合はお尋ねください。

「就労・通学・通園先」は必ず記入して下さい。※個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）を忘れずに記入してください。

・ほほえみ保育園へ入所希望の場合は、②か③へ✔してください。
・一人親の場合は、一人親の就労状況で記入してください。同居する親族がいる場合は、親族の就労状況で判断する場合があります。※不明な場合はお尋ねください。

（保護者）申請者	フリガナ	フナガタ　タロウ	住所	〒 999 － 4601	
	氏名	舟形　太郎		舟形町　舟形1000番地	
	日中の連絡先（電話番号）　＊確実に連絡の取れる順に記入して下さい				
	① 090-111-××××　父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（　）	② 0233-55-××××　父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（　）	③ 0236-33-××××　父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他		
申請児童	フリガナ	フナガタ　アユフスケ	性別	☑ 男　□ 女	続柄　子
	氏名	舟形　鮎之介	生年月日	令和　2 年　5 月　5 日生	
	個人番号	× × × × × × × × × × × ×			
保育の希望（理由）	保護者：（子から見た続柄）父	☑ 就労	□ 妊娠出産	□ 疾病障害等	□ 介護看護	□ 災害復旧	□ 求職活動等	□ 就学	□ その他（　）
	配偶者：（子から見た続柄）母	☑ 就労	□ 妊娠出産	□ 疾病障害等	□ 介護看護	□ 災害復旧	□ 求職活動等	□ 就学	□ その他（　）
生活保護	☑ 受けていない　□ 受けている ⇒　年　月　日から（担当福祉事務所：　）								
ひとり親の場合の理由	□ 離婚　□ 死別　□ 未婚　□ 別居⇒　調停：□ 無　□ 有　証明書：□ 無　□ 有								
	□ その他（　）　年　月　日頃から								

（生計の中心者の番号に〇を付けてください）申請児童の同居者

	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
①	ふながた　たろう 舟形　太郎	☑ 男 □ 女	父	大正 昭和 58 年 3 月 14 日 平成 個人番号 × × × × × × × × × × × ×	○○株式会社 (0233-22-3333)	□ 有　級
2	ふながた　はなこ 舟形　花子	□ 男 ☑ 女	母	大正 昭和 59 年 1 月 27 日 平成 個人番号 × × × × × × × × × × × ×	□▽病院 (0233-23-2222)	□ 有　級
3	ふながた　ビーナ 舟形　ビーナ	□ 男 ☑ 女	姉	大正 昭和 20 年 7 月 7 日 平成	舟形小学校 (32-2106)	□ 有　級
4	ふながた　のぶとし 舟形　延寿	☑ 男 □ 女	祖父	大正 昭和 30 年 8 月 20 日 平成	農業	□ 有　級
5	ふながた 舟形　こぶし	□ 男 ☑ 女		2 日	株式会社○◆▽ (0233-23-6666)	□ 有　級
6		□ 男 □ 女		日		□ 有　級
7		□ 男 □ 女		日		□ 有　級

令和４年４月入所希望の場合は、「翌年度４月１日」に✔してください。

※同居する家族全員を記入して下さい。欄が不足する場合は、申請書を２枚使用してください。

支給認定希望日	☑ 翌年度4月1日	□ その他（令和　年　月　日）	
利用区分の希望	① □ 教育標準時間利用（幼稚園等に通う場合）	ほほえみ保育園を利用希望する場合は、②か③へ✔。	
	② ☑ 保育標準時間利用（１日最大１１時間までの利用）	両親ともフルタイム就業の場合は✔。	
	③ □ 保育短時間利用（１日最大８時間までの利用）	両親のいづれかが、フルタイム就業でないは場合は✔。	

（オモテ面）

認定区分の希望	□１号	施設等名称（町外の場合は所在市町村名）		
	☑２号	施設等名称（町外の場合は所在市町村名）	第１希望	☑ 舟形ほほえみ保育園　□その他（　　）
			第２希望	
	□３号		第３希望	

年少、年中、年長の利用希望者は２号に、未満児（０歳、１歳、２歳）の希望者は３号に✔してください。

		母親の状況	父親の状況
働いている場合	就労種別	☑ 居宅外労働 □ 自営 ⇒ □ 自宅 □ 中心者 □ 自宅以外 □ 協力者 □ 内職　□ その他：（　　）	☑ 居宅外労働 □ 自営 ⇒ □ 自宅 □ 中心者 □ 自宅以外 □ 協力者 □ 内職　□ その他：（　　）
	勤務先 名称	□△病院	○○株式会社
	勤務先 所在地	□△市○×町３丁目×××番地	舟形町舟形×××番地
	勤務先 電話	0233-23-2222	0233-22-3333
	通勤手段・時間	自宅 → 自転車 → 電車 → 徒歩 → 職場 通勤時間　約　45　分	自宅 → 自家用車 → 職場 通勤時間　約　15　分
	勤務状況	□ フルタイム勤務　☑ パート勤務（約　24　時間/週）	☑ フルタイム勤務　□ パート勤務（約　　時間/週）
妊娠有無（申請時点）		□ 無 □ 有 ⇒（予定日）令和　年　月　日	
就学中の場合	学校名		
	期間	令和　年　月　日まで	令和　年　月　日まで
	卒業後の予定	（就労日数・時間）□ 週 □ 月　日、１日　時間就労	（就労日数・時間）□ 週 □ 火　日、１日　時間就労
疾病・障害等の場合		（疾病・障害名）（手帳交付）□ 有 □ 無	（疾病・障害名）（手帳交付）□ 有 □ 無

農業で自営の場合は、「自営」に✔してください。農業で会社組織の場合は、「居宅外労働」に✔してください。

「通勤手段・時間」は、自宅から職場までのルートに沿ってできるだけ詳しく記入してください。通勤時間は平均的な時間を記入してください。

「パート勤務」に✔する場合は、オモテ面の「利用区分の希望」欄の③に✔がつきます。

※市町村記載欄

受付年月日　令和　年　月　日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可　・　否 （否とする理由） 令和　年　月　日認定		□ 1号　□ 2号　□ 3号 （□標準　□短）
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可　・　否 （否とする理由） [　□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型]		自　令和　年　月　日 至　令和　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　令和　年　月　日

施設（事業者）名	
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	

（ウラ面）