

面接 令和 年 月 日
消印 令和 年 月 日

審査番号： _____

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

- 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。
- 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要なと認められる場合に、施設・事業者提供に提供することがあります。
- 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、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。
- 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 年 月 日

(申請者) 保護者	フリガナ	住所	舟形町			
	氏名	舟形町				
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	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	③	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	
児童申請	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	生年月日	年 月 日生
	氏名	個人番号				
保育の希望	(理由)	保護者: <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()				
		配偶者: <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()				
生活保護	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居⇒ 調停: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 証明書: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> その他() 年 月 日頃から					

(生計の中心者の番号に○を付けてください)	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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	父	大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 個人番号	
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	母	大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 個人番号		<input type="checkbox"/> 有 級
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 級
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 級
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 級
6		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 級
7		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 級

※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枚使用して下さい。

支給認定希望日	<input type="checkbox"/> 翌年度4月1日 <input type="checkbox"/> その他 (令和 年 月 日)
---------	--

利用区分の希望	① <input type="checkbox"/> 教育標準時間利用 (幼稚園等に通う場合) ほぼえみ保育園を利用希望する場合は、②か③へ✓。
	② <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 保育短時間利用 (1日最大8時間までの利用) 両親のいずれかが、フルタイム就業でない場合は✓。

認定区分の希望	<input type="checkbox"/> 1号	施設等名称 (町外の場合は所在市町村名)	
	<input type="checkbox"/> 2号	施設等名称 (町外の場合は所在市町村名)	第1希望 <input type="checkbox"/> 舟形ほほえみ保育園 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 3号		第3希望

働いている場合	母親の状況		父親の状況		
	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	
	勤務先	名称		名称	
		所在地		所在地	
		電話		電話	
	通勤手段・時間	自宅 → 職場 通勤時間 約 分		自宅 → 職場 通勤時間 約 分	
勤務状況	<input type="checkbox"/> フルタイム勤務 <input type="checkbox"/> パート勤務(約 時間/週)		<input type="checkbox"/> フルタイム勤務 <input type="checkbox"/> パート勤務(約 時間/週)		
妊娠有無(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労		(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労	
疾病・障害等の場合	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※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		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <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) [<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]		自 令和 年 月 日 至 令和 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	
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	