

支給認定申請書の書き方（記載例）

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。
- 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。

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 5 年 11 月 × 日

| | | | | |
|--|------|---|------------|---|
| (保護者) | フリガナ | フナカタ タロウ | 住所 | 〒 999-4601 舟形町 舟形1000番地 |
| | 氏名 | 舟形 太郎 | フリガナ | フナカタ タロウ |
| 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-XXXXX (父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他) | | | | |
| ② 0233-55-XXXX (父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他) | | | | |
| ③ 0236-33-XXXX (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 | フナカタ アキラ | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 氏名 | 舟形 光之介 | 続柄 | 子 |
| 希望の理由 | 保護者 | 父 <input checked="" 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 | 母 <input checked="" 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 checked="" 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 |

| 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 舟形 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 父 | 大正昭和 2 年 3 月 14 日 平成 | 〇〇株式会社 (0233-22-3333) | <input type="checkbox"/> 有 |
| 2 舟形 花子 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 母 | 大正昭和 3 年 5 月 27 日 平成 | □▽病院 (0233-23-2222) | <input type="checkbox"/> 有 |
| 3 舟形 ビーナ | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 姉 | 大正昭和 28 年 7 月 7 日 平成 | 舟形小学校 (32-2106) | <input type="checkbox"/> 有 |
| 4 舟形 延寿 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 祖父 | 大正昭和 40 年 8 月 20 日 平成 | 農業 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 5 舟形 こぶし | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 祖母 | 大正昭和 39 年 9 月 2 日 平成 | 株式会社〇◆▽ (0233-23-6666) | <input type="checkbox"/> 有 |
| 6 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 大正昭和 年 月 日 平成 | | <input type="checkbox"/> 有 |
| 7 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 大正昭和 年 月 日 平成 | | <input type="checkbox"/> 有 |

※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

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) 両親のいずれかが、フルタイム就業でない場合は✓。

(オモテ面)

・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。

「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(マイナンバー)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(マイナンバー)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。

令和6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。

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。

| | | | |
|---------|--|-------------------------|--|
| 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 checked="" type="checkbox"/> 2号 | 第1希望 | <input checked="" type="checkbox"/> 舟形ほほえみ保育園 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 3号 | 第2希望 | |
| | | 第3希望 | |

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。

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| 働いている場合 | 就労種別 | <input checked="" 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"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> その他: () | <input checked="" 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"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> その他: () |
| | 勤務先 | 名称 <input type="checkbox"/> △病院 所在地 <input type="checkbox"/> △市○×町3丁目×××番地 電話 0233-23-2222 | 〇〇株式会社 舟形町舟形×××番地 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 | <input type="checkbox"/> フルタイム勤務 <input checked="" type="checkbox"/> パート勤務 (約 24 時間/週) | <input checked="" 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 卒業後の予定 (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 | |
| 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 | | |

「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。

※市町村記載欄

受付年月日 令和 年 月 日

| | | |
|---|-------|---|
| 認定の可否 可・否 (否とする理由) 令和 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"/> 標準 <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 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 | | |

「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。

※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 | |