

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

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・事業者には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. 申請書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

に際しては父籍認定を申請します。

(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	父(姓) 母(姓) 父勤務先 母勤務先 自宅・その他 ()	090-111-XXXX	②	父(姓) 母(姓) 父勤務先 母勤務先 自宅・その他 ()	0233-55-XXXX
③	父(姓) 母(姓) 父勤務先 母勤務先 自宅・その他 ()	0236-33-XXXX			

児申 童請	フリガナ	フナガタ テアブスラ	性別	☒ 男	続柄	子	生年月日	令和 元 年 5 月 5 日生											
	氏名	舟形 鮎之介		☐ 女				個人番号	X X X X X X X X X X X X X X X X										

希望の 保育の (理由)	(子から見た続柄)													
	保護者:	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 ()				
	(子から見た続柄)													
	配偶者:	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

	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	要介護認定受 又は障害者手帳
(1)	ふながた たろう 寿彰 太郎	☒ 男 ☐ 女	父	大正昭和 平成 2 年 3 月 14 日 個人番号 × × × × × × ×	〇〇株式会社 (0233-22-3333) × × × × × × × ×	☐ 有 級
2	ふながた はなこ 寿彰 花子	☐ 男 ☒ 女	母	大正昭和 平成 3 年 5 月 27 日 個人番号 × × × × × × ×	□▽病院 (0233-23-2222) × × × × × × × × ←	☐ 有 級
3	ふながた ビーナ 寿彰 ビーナ	☐ 男 ☒ 女	姉	大正昭和 平成 28 年 7 月 7 日 個人番号 × × × × × × ×	寿彰小学校 (32-2106)	☐ 有 級
4	ふながた のぶとし 寿彰 延寿	☒ 男 ☐ 女	祖父	大正昭和 平成 40 年 8 月 20 日 個人番号 × × × × × × ×	農業	☐ 有 級
5	ふながた こぶし 寿彰 こぶし	☐ 男 ☒ 女	祖母	大正昭和 平成 39 年 9 月 2 日 個人番号 × × × × × × ×	株式会社○◆▽ (0233-23-6666)	☐ 有 級
6		☐ 男 ☐ 女		大正昭和 平成 年 月 日	令和9年4月入所希望の場合は、 「翌年度4月1日」以降	☐ 有 級
7		☐ 男 ☐ 女		大正昭和 平成 年 月 日		☐ 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

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）	ほは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場合は✓。

(才モテ面)

- ・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9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。

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。

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)
	☐ 3号	施設等名称 (町外の場合は所在市町村名)

働いている場合	就労種別	☒ 居宅外労働 ☐ 自営 → ☐ 自宅 ☐ 中心者 ☐ 内職 ☐ 自宅以外 ☐ 協力者 ☐ その他: ()	父親の状況 ☒ 居宅外労働 ☐ 自営 → ☐ 自宅 ☐ 中心者 ☐ 内職 ☐ 自宅以外 ☐ 協力者 ☐ その他: ()
	勤務先	名称 □△病院	〇〇株式会社
		所在地 □△市〇×町3丁目×××番地	舟形町舟形×××番地
		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 日、1日 時間就労 ☐ 月	(就労日数・時間) ☐ 週 日、1日 時間就労 ☐ 火
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	

※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 ☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (□標準 □短)
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由) [☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 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		
□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)