

支給認定申請書 兼 施設入所申込書(現況届 兼 施設利用申込書)

申込書の記入例

平成〇〇年〇〇月〇〇日
安芸高田市長 様

提出日を記入してください。

(保護者氏名)

安芸 高夫 印

個人番号(マイナンバー)の利用開始に伴い、本人確認が必要となりますので、別紙チェックリストをご確認ください。

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費を申請し、保育所・施設を利用します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 (ふりがな) あき たろう 安芸 太郎	性別 平成 〇〇年 〇月 〇日生 男・女	障害者手帳の有無 有・無
個人番号	1111111111111111 H30.4.1時点での年齢(〇)歳		
保護者 住所・連絡先	(住所) 安芸高田市 〇〇町△△〇〇〇〇 (連絡先) 携帯: 〇90-〇〇〇-〇〇〇〇 (続柄: 母) 自宅: 〇826-〇〇-〇〇〇〇		
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。		
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(幼稚園等と併願の場合を含む) <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)		

(※) ・「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、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	【上段】氏名 【下段】個人番号	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	障害者手帳の有無	前(当)年度分 市町村民税 課税の有無
子どもの世帯員	(ふりがな) あき たかお 安芸 高夫 2222222222222222	父	昭和〇〇年〇月〇〇日生	男・女	AA会社	有・無	有・無
	(ふりがな) あき たかこ 安芸 高子 3333333333333333	母	昭和〇〇年〇月〇〇日生	男・女	BB銀行	有・無	有・無
	(ふりがな) あき はなこ 安芸 花子 4444444444444444	姉	平成〇〇年〇月〇〇日生	男・女	CC小学校	有・無	有・無
	(ふりがな) あき いちろう 安芸 一郎 5555555555555555	祖父	昭和〇〇年〇月〇〇日生	男・女	DD建設	有・無	有・無
	(ふりがな) あき ももこ 安芸 桃子 6666666666666666	祖母	昭和〇〇年〇月〇〇日生	男・女	EE商事	有・無	有・無
	(ふりがな) _____ _____			年 月 日生	男・女		有・無
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り				(保護開始)	

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	平成 〇〇年 〇月 〇〇日 から平成 年 月 日 ・ 就学前 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	〇〇保育所 (理由) 自宅から近い	
	第2希望	□□保育園 (理由) 勤務先から近い	
	第3希望	△△保育所 (理由) 自宅から近い	
	第4希望		

○ * 印の欄は市町村記載欄ですので、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。
 ○ 裏面も記入して下さい。

在園児の方で保育所(園)等を変更したい場合は、印字を二重線で消し、希望する保育所(園)等を書いてください。

利用希望する施設を第3希望まで記入してください。

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

記入例(裏)

保育の利用を必要とする理由 該当箇所にチェックをしてください。	続柄	必要とする理由	備考
	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"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
	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"/> その他 () (具体的な状況(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 checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 火 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 水 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 木 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土	利用時間 8時00分から 18時00分まで	
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間未満)		

④税情報等の提供・安芸高田市多子世帯軽減申請に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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。安芸高田市の保育料多子世帯負担軽減措置を申請し、市税等の滞納の有無を確認するため、担当部署へ問い合わせること。入所申込書類等で第2子以降であることが確認できない場合、市町村の戸籍担当課へ問い合わせること。また、これら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 **安芸 高夫** 印

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 (有 ・ 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

該当される方が、父母の場合、父母の市町村民税課税額のわかる書類(証明書)を提出してください。

添付資料について

* 市町村記載欄

受付年月日	平成 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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	
年 月 日 認定			
支給(入所)の可否	支給認定期間	契約期間	
可・否 (否とする理由)	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 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]			
入所施設(事業者)名		平成 年度 利用施設名	
(<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) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設)			
保護者の身元確認	無・有 (<input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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)	
利用契約(内定)の有無	有 (契約・内定 (年 月 日 契約(内定))) ・ 無	
備考		