

(第1号様式)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定・利用申込申請書



年 月 日

添田町長 殿

保護者氏名

印

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、利用申込を申請します。

児童氏名(ふりがな)		生年月日	性別	障がい者手帳の有無
		年 月 日生	男・女	有・無
入所児童 住所・連絡先 個人番号	(住所) (連絡先) 父: 母: ( ):			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育希望の有無(※)	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)		
	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)		

① 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	市町村民税課税の有無
児童の世帯員			年 月 日	男・女		有・無
			年 月 日	男・女		有・無
			年 月 日	男・女		有・無
			年 月 日	男・女		有・無
			年 月 日	男・女		有・無
令和4年1月1日時点の居住地 1. 添田町 2. その他( )				令和5年1月1日時点の居住地 1. 添田町 2. その他( )		
世帯等の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障害者のいる世帯 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外				
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り( 年 月 日保護開始)				

② 利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日まで	
利用を希望する施設(保育園、幼稚園等)	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
		事業所番号*

③ 保育の利用を必要とする理由等 ※保育希望が『有』の場合は理由を記入し証明書類を添付して下さい。

続柄	必要とする理由		
	<input 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( )		
	<input 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( )		
利用希望	曜日	月・火・水・木・金・土・全て	時間 : ~ :

④誓約及び同意書

1 申請内容が実態と異なる場合は、保育認定及び利用決定を取り消されても異議ありません。

2 添田町が施設型給付費・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)及び世帯情報を調査することに同意します。

3 施設利用と運営上必要と認められる情報について、特定教育・保育施設・関係部署等に対して提供する  
ことに同意します。

4 申請内容について疑義が生じた場合や情報不足等により確認が必要な場合は勤務先等に連絡する事に  
同意します。

5 決定された利用者負担額は、遅滞なく納付し、滞納しません。

上記の各事項について誓約し同意します。

保護者氏名 (印)

⑤マイナンバーの届出 ※初回入所時のみ記入をお願いします。(本人確認書類が必要です)

保護者氏名	続柄	生年月日	マイナンバー											
		年 月 日												
		年 月 日												
児童氏名	続柄	生年月日	マイナンバー											
		年 月 日												
		年 月 日												
		年 月 日												

*市町村記載欄		受付年月日		年 月 日		
本人確認	個・免・障・保・介・年・その他( )	取扱者				
個人番号	個・通・住・その他( )					
所得 確認 <input type="checkbox"/> 連携	保護者	前年度所得割	均等割	今年度所得割	均等割	1.1時点居住
		円	有・無	円	有・無	町内・町外
		円	有・無	円	有・無	町内・町外
認定の可否	可・否	/	(否とする理由)			
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 <input type="checkbox"/> 短)			
支給(入所)の可否	可・否	/	(否とする理由)			
支給(利用)期間	自 年 月 日		～ 至 年 月 日			
入所施設(事業者)	<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					備考
	<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)					
*施設記載欄(施設(事業者)を経由で提出する場合)		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						
入所契約(内定)の有無	有 ( 契約・内定( 年 月 日契約))・無					