

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和 年 月 日

長久手市長 殿

認定保護者氏名	
---------	--

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日 マイナンバー	性別 男 ・ 女	障害者手帳の有無 有 ・ 無
		平 ・ 令 年 月 日		
保護者 住所・連絡先	(住所) 長久手市			
	(連絡先①) - - (自宅・父・母・その他 ()) (連絡先②) - - (自宅・父・母・その他 ())			
保育の希望の 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 (①～④を記入してください。)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 (①～③を記入してください。)			

①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	令和 年 月	☐ 1 日から ☐ 1 5 日から ☐ 日から	☐ 小学校就学前まで ☐ 令和 年 月 日まで
	利用を希望 する施設	第一希望 施設名	施設類型 ☐ 保育所 ☐ 認定こども園 ☐ 幼稚園 ☐ その他 ()

②世帯の状況

子どもの世帯員	氏名	子ども との 続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名	R6. 1. 1時点の 住民登録地	備考
			マイナンバー				
		父	昭・平・令 年 月 日	男・女			
		母	昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
		昭・平・令 年 月 日	男・女				

③税情報等の提供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、また、そ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。また、支給認定証について当初入園申込の場合は、認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、利用調整の結果とともに2月頃に通知されることに同意します。

保護者署名

- 記入例をよく読んでから記入してください。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

※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ください。

	続柄	必要とする理由	備考		
保育の利用を 必要とする 理由		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 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）			
		勤務（就学）先 勤務（就学）日数 1 か月 日			
		勤務（就学） 時間		平日 : ~ :	(休憩を除く実勤務時間数 時間 分)
				土曜 : ~ :	(休憩を除く実勤務時間数 時間 分)
		通勤（通学）方法 通勤（通学）時間 片道 時間 分			
		その他の内容（疾病の場合は病名）			
				☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 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）				
	勤務（就学）先 勤務（就学）日数 1 か月 日				
	勤務（就学） 時間		平日 : ~ :	(休憩を除く実勤務時間数 時間 分)	
			土曜 : ~ :	(休憩を除く実勤務時間数 時間 分)	
	通勤（通学）方法 通勤（通学）時間 片道 時間 分				
	その他の内容（疾病の場合は病名）				
	家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 左記以外			
	希望する 利用時間	利 用 曜 日		利 用 時 間	
☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日		時 分から 時 分まで			

番号確認書類		本人確認書類			
☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票（マイナンバーが記載されたもの）		【1点】 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート 【2点】 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（ ）			
認定の可否		認定者番号		認定区分	
可・否 （ 年 月 日認定）	否とする理由			☐ 1号 ☐ 2号（標準・短時間） ☐ 3号（標準・短時間）	
支給（入園）の可否				支給期間	
可・否 （ 年 月 日認定）	否とする理由			自 年 月 日 至 年 月 日	
入園施設 （事業者） の区分	施設の名称				
	☐ 保育園 ☐ 幼稚園 ☐ 地域型（ ☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事） ☐ 認定こども園（ ☐ 連 ☐ 幼（ ☐ 幼 ☐ 保） ☐ 保（ ☐ 幼 ☐ 保） ☐ 地（ ☐ 幼 ☐ 保）				

受付年月日	令和 年 月 日
施設（事業者）名	
施設担当者	(担当者名) (連絡先)
入所契約（内定）	有（ 契約 ・ 内定 ） [年 月 日] ・ 無
備考	