

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定(現況届) 申請書 兼 保育所等利用申込書

年 月 日

(保護者氏名)

新規 継続

印

福岡県嘉穂郡桂川町長殿

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(現況届)を申請します。また保育所・幼稚園等における利用をあわせて申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日 <small>※年齢はR3.4.1現在</small>	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日生 (歳)	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所)			
	(連絡先) 自宅： 父(携帯) 母(携帯)：			
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
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(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)			

(※)

- ・「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。
- ・「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ください。

①世帯の状況

区分	氏 名	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 住民税課 税の有無
子どもの世帯員	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	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(事業所)名

利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 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 (理由)	
	第2希望 (理由)	
	第3希望 (理由)	
	第4希望 (理由)	
	第5希望 (理由)	

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		<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 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
		<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 () (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 type="checkbox"/> 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	時 分から 時 分まで	
希望する保育の必要量	<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税情報等の提供に当たっての署名欄

<ul style="list-style-type: none"> 入所の申請については、審査に時間を要するため30日以内に通知を交付できないことを承諾します。 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。 「入所申込に際しての確認・注意事項について」の内容を確認し承諾しています。 	印
保護者氏名	

※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)

入所に際しての確認・注意事項について

- 世帯の状況に変更が生じた場合(婚姻・離婚等の世帯構成変更等)は必ずご連絡ください。
- 保育を必要とする事由に変更が生じた場合(就労状況の変更、出産等)は必ずご連絡ください。
- 提出書類の不明箇所は、職場等へ直接確認する場合があります。また、保育事由確認のため年度途中で勤務・就労証明書及び給与明細等の提出を依頼する場合があります。
- 利用者負担額の決定に際し、保護者は市町村民税の申告が必要です。
- 所得申告内容を修正・変更した場合はその写しを必ず子育て支援課へ提出してください。
- 申込時には、お子様と一緒に希望する保育所(園)を訪問し、保育方針や別途費用等(体操服代金等)をご確認ください。
- 保育料(授業料等)の納入に不誠実な滞納者に対しては、強制徴収を行います。また、滞納時は利用調整の際不利になります。

*市町村記載欄

受付年月日	令和 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		支給認定期間	契約期間
支給(入所)の可否		自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日
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〕			
入所施設(事業者)名			平成28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]			
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	(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		