

**支給認定申請書 兼 保育施設利用申請書**  
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

境町長 殿  
(施設長) 殿

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を次のとおり申請します。  
保育施設への利用を次のとおり申請します。

また、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。)及び世帯情報を閲覧し、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。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

申請児童	(フリガナ) 氏 名	生年月日	年齢	性別	障害者手帳等の有無
	( )	年 月 日	4.1時点	男・女	有・無
保護者 住所 連絡先	住 所		連絡先		
	〒 ー 境町(大字)		自 宅 ( ) 携 帯 ( ) (父・母) ※日中に連絡が取れる携帯番号		
	1月1日現在の住所		□境町内 ・ □境町外		
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入		支給認定証の発行	希望する	
保育希望	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、保育園、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育又は事業所内保育をいいます(以下同じ)。  
・「幼稚園等」とは、幼稚園又は認定こども園(教育部分)をいいます(以下同じ)。

①世帯の状況(同居の世帯員)

区分	氏 名	続柄	生年月日	性別	職 業 学校名	住民税 課 税	備考
児 童 の 世 帯 員		父	年 月 日	男		有・無	
		母	年 月 日	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	
生活保護の適用の有無		□適用なし ・ □適用あり ( 年 月 日保護開始)					
在宅障害者の状況		□該当 ・ □非該当					
ひとり親家庭の状況		□該当 ・ □非該当					

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他（令和 年 月 日）まで
利用を希望する施設	第1希望 希望理由
	第2希望 希望理由
	第3希望 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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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等）や、その他の内容を記入
	母	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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等）や、その他の内容を記入
	祖父	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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等）や、その他の内容を記入
	祖母	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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等）や、その他の内容を記入
希望利用時間	(平日) 時 分～ 時 分	(土曜) 時 分～ 時 分
希望利用曜日	月・火・水・木・金・土	

※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 令和 年 月 日認定	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)
支給の可否 ( )	支給期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	入所施設名

※施設記載欄（施設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
施設名	
担当者	(担当者) (連絡先)

(裏面)