

提出日を記入

入園される園児それぞれで記入をお願いします

給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

令和2年12月1日

大田市長様

必ず捺印をしてください

保護者 (申請者)	住所	大田市大田町大 111		
	フリガナ	姓	名	知
	氏名	大田 太郎		印
	電話番号	(自宅)	0854-82-1600	
		(父)	080-1234-5678	
		(母)	080-9876-5432	
	令和2年1月1日現在の住所	大田市内 ・ 世帯員に該当の方があれば手帳のコピーも提出ください		

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。

申請に係る児童	氏名	生年月日	性別	障がい者手帳等の有無
	フリガナ	姓	名	知
	大田 一郎	平成●●年 ●月●●日生	男・女	有・無
利用を希望する施設名	第1希望	●●幼稚園 (希望理由)		
	第2希望	希望の幼稚園名を記入してください。		
	第3希望			
利用を希望する期間	令和 3年 4月 1日から 年 月 日まで 就学前まで			
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(保育所等との併願の場合を除く)		

(※)「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(幼稚園部分)をいいます。

同居の方はすべて記入してください

① 世帯の状況

同居の方はすべて記入してください。(父・母は単身赴任等で別居の場合も記入)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	備考			
申請に係る児童以外の世帯員	フリガナ	姓	名	知	父	●●年●月●日生	男	●●株式会社●●営業所	同居・別居
		大田 太郎							
	フリガナ	姓	名	良子	母	●●年●月●日生	女	有限会社▲▲	同居・別居
		大田 良子							
	フリガナ	姓	名	花子	姉	平成●●年●月●日生	男・女	■小学校	同居・別居
		大田 花子							
	フリガナ	姓	名	次郎	弟	平成●●年●月●日生	男・女	●●幼稚園	同居・別居
	大田 次郎								
フリガナ	姓	名	源一	祖父	昭和●●年●月●日生	男・女	自営業	同居・別居	
	大田 源一								
フリガナ	姓	名	花代	祖母	昭和●●年●月●日生	男・女	無職	同居・別居	
	大田 花代								
	フリガナ						男・女		同居・別居
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)								
世帯の状況	ひとり親世帯 同居家族で障がいのある方(氏名:)								

該当があれば、○または記入をしてください

② 保育を必要とする事由

※保護者の労働又は疾病等の事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事由	続柄	必要とする事由	
	父	<input type="checkbox"/> 就労(時間/月 又は 時間/週) <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> その他()	
希望する利用時間	母	<input type="checkbox"/> 就労(時間/月 又は 時間/週) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> おそれ <input type="checkbox"/> 育休取 <input type="checkbox"/> その他()	
	利用曜日		利用時間
<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日		時 分から 時 分まで	
<input type="checkbox"/> 保育短時間希望 (8時間まで)		<input type="checkbox"/> 保育標準時間希望 (11時間)	

③ 税情報等の提供にあたっての署名欄

大田市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定情報を見ることができ、また、その情報に基づき決定した利用者に対して通知することに同意します。	必ず記名・押印を忘れずにお願いします。	情報等
保護者氏名 大田 太郎		

【記入はここまで】

* 施設記入欄 (地域型保育施設を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日	施設(事業者)名	連絡先(電話番号)	- -
利用契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(契約・内定) 年 月 日契約(内定) <input type="checkbox"/> 無			

* 市記入欄

認定の可否		認定者番号		認定区分等		
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間		
入所施設(事業者)名	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> 家庭的保育 <input type="checkbox"/> 事業所型 <input type="checkbox"/> 認定子ども園(<input type="checkbox"/> 幼保連携 <input type="checkbox"/> 保育所型 <input type="checkbox"/> 幼稚園型)					
利用の可否		利用施設名				
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)					
利用承諾期間		備考				
年 月 日 ~	年 月 日					
年 月 日 ~	年 月 日					
年 月 日 ~	年 月 日					
市 町 村 民 税						
父		母		主宰者		
所得割	均等割	所得割	均等割	所得割	均等割	
所得割合計				階層(国階層)	利用者負担額	備考
				()	円	
				()	円	
				()	円	