

R6分 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼入所(園)申請書

令和 5年 10月 16日

保護者氏名 保育 太郎

紀美野町長 様

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 就学前児童	氏 名 (ふりがな) ほいく そうた 保育 草太	生年月日 H 30年 12月 12日生	性別 男・女	保護者 との続柄 子	既認定者番号 ※個人番号 ××××○○○○△△△△
保護者 住所・連絡先 ・生年月日	(住所) 紀美野町下佐々1408-4 (生年月日) S61. 12. 11 (電話番号) 073-489-9960 (自宅) (緊急連絡先電話番号) 090-0000-9999 (母)				
保育の希望の有無(*1)	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)・「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。

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)等
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産・育児 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等	(株)日本 勤務 週5日 8時間/日 通勤:車50分
		☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDV	
		☐ 育児休業 ☐ その他()	
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産・育児 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等	川山通運(有) パートタイム 週5日 4時間/日 通勤:車15分
		☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDV	
☐ 育児休業 ☐ その他()			

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	(無)・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有(食品名 えび 症状 じんましん)
その他特記事項	(無)・有()

③世帯の状況 ※入所年度の当初を想定しご記入ください。

ひとり親世帯等の有無		(非該当)・該当 (□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無		(非該当)・該当 (年 月 日 保護開始)					
区分	氏名	生年月日 ※個人番号	性別	児童との続柄	職業 又は 学校名等	町民税課税有無 (※2)	備考
(同住児童の世帯員)	(ふりがな) ほいく たらう 保育 太郎	S61. 12. 11 ××××○○○○△△△△	男・女	父	会社員	有・無	同居
	(ふりがな) ほいく みやこ 保育 みやこ	S63. 5. 21 ××××○○○○△△△△	男・女	母	パートタイム	有・無	同居
	(ふりがな) ほいく みのる 保育 みのる	H27. 8. 4 ××××○○○○△△△△	男・女	兄	野上小学校	有・無	同居
	(ふりがな)		男・女			有・無	
	(ふりがな)		男・女			有・無	
祖父母の状況	氏 名	年齢	住 所		電話番号	同居の有無	
	祖父 保育 源太	61	紀美野町動木287		TEL 073-489-2430	有・無	
	祖母 保育 えいこ	60	同上		TEL 同上	有・無	
	祖父 寺小屋 惣一	66	和歌山市八宝町777		TEL 073-444-0000	有・無	
母方	祖母 寺小屋 たえこ	65	〃		TEL 〃	有・無	

(※2) 前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税課税が課税されている場合、「有」に○を付けてください。

④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 6年 4月 1日 から 令和 7年 3月 31日 まで		
希望する 利用曜日・時間 (*3)	利用曜日	利用時間	
	(月・火・水・木・金)	8時30分 から 16時30分 まで	
	土	時 分 から 時 分 まで	
利用を希望する 施設（事業者）名 (*4)	施設（事業者）名	希望理由	事業所番号(*5)
	第1希望 きみのこども園	家から最も近い為	
	第2希望		
	第3希望		

(*3) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*4) 幼稚園等を経由して市町村に提出する場合は記入不要です。

(*5) 市町村記載欄のため、申請時に記入は不要です。

⑤税情報等の提供および認定事務期間の延長に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な町民税の情報（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。 町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定業務に30日以上期間を要する可能性があることに同意します。	
保護者氏名	保育 太郎

* 施設記載欄（幼稚園等を経由して町に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設（事業者）名	(施設・事業所番号：)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（令和 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備 考	

【 記入はここまで 】

* 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 年 月 日認定	(否とする理由)		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給（入所）の可否			支給（利用）期間
可 ・ 否	(否とする理由)	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
入所施設（事業者）名			
□きみのこども園 □こうのこども園 □ ()			
〔 □認定こども園（□連 □幼（□幼 □保） □保（□保 □幼） □地（□幼 □保）） □幼稚園 □保育所 □地域型（□小 □家 □居 □事） 〕			
備 考			