

令和7年度 施設型給付費・地域型保育給付費等給付認定申請書

令和 年 月 日
坂城町長様

ふりがな
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給付認定を申請します。

入園希望児童	(ふりがな) 氏名		個人番号			性別	障害者手帳等の有無	
			生年月日					
			平成 令和	年	月	日生	男・女	有・無
保護者住所・連絡先	坂城町大字							
	地区名							
	①	連絡先 電話		②	連絡先 電話		③	連絡先 電話
認定者番号	※既に給付認定を受けている場合に記入して下さい。							
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。（以下同じ）
 - ・「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に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況

住所に同居している申請児童を除く世帯員全員（単身赴任等による別居を含む）について記入してください。

(ふりがな) 氏名	続柄	個人番号		性別	障害者手帳等、特別児童扶養手当の支給対象児童、障害基礎年金等の受給者	勤務先 又は 学校名等	備考
		生年月日					
				男・女	有・無		
				男・女	有・無		
				男・女	有・無		
				男・女	有・無		
				男・女	有・無		
				男・女	有・無		
				男・女	有・無		
				男・女	有・無		
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り（ 年 月 日 保護開始 ）						

②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 日 から 令和 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
	第1希望 園（希望理由）
	第2希望 園（希望理由）
第1希望で入所できず、入園調整となる場合どうしますか	<input type="checkbox"/> 第2希望以下の施設へ入所する。 <input type="checkbox"/> 保育所以外（幼稚園等）の施設を利用する。 <input type="checkbox"/> その他（ ）

- 「記入上の注意」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。
 ○ 記載いただいた個人番号は、番号法の規定に基づき適正に管理します。

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	備考
			<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"/> 児童虐待・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 _____ 時間/日 日数等 _____ 日/月
		<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"/> 児童虐待・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 _____ 時間/日 日数等 _____ 日/月	
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
	曜日から	曜日まで	時 分から 時 分 まで
	保育必要量（標準時間/短時間）		
	<input type="checkbox"/> 保育短時間（8時30分から16時30分まで）の利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 保育標準時間（7時30分から18時30分まで）の利用を希望する。		

④税情報等の提供、並びに保育料等の滞納金の児童手当からの特別徴収に当たっての署名欄

* 町が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付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。
 * 公立、私立保育園は保育料等の滞納があり代行徴収の対象になる場合、児童手当法第21条第1項、第2項、第22条第1項の規定により、児童手当から保育料等を特別徴収することに同意します。

保護者氏名

*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)
令和 年 月 日 認定		
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
<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		
<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)		
備考		

*施設記載欄（施設（事業者）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	(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	

