

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 施設利用申込書

令和 元 年 5 月 1 日

阿蘇市長 様

(保護者氏名)

阿蘇 大輔



(受付印)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請し、施設の利用について申し込みます。なお、4月入所において審査に時間を要した場合、支給認定結果の通知が2月になることに同意いたします。

Main application form with fields for Name (阿蘇 次郎), Birth Date (2027年5月15日), Gender (男・女), and Address (阿蘇市一の宮町宮地504番地1).

- (※) 「保育施設」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下さい。

①世帯の状況(同居者全員を記載して下さい。)

Table with 9 columns: 区分, 氏名, 子どもの続柄, 生年月日, 性別, 職業又は学校名等, 同居・別居の別, 障害者手帳の有無, 前(当)年度分市町村民税課税の有無. Includes family members: 阿蘇 大輔 (父), 阿蘇 花子 (母), 阿蘇 一郎 (兄), 阿蘇 太郎 (祖父).

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	令和 元年 7月 1日 から 令和 4年 3月 31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	〇〇保育園 (理由) きょうだいが入所しているため	
	第2希望	××保育園 (理由) 自宅に近いため	
	第3希望	△△認定こども園 (理由) 職場に近いため	
	第4希望	◎◎保育園 (理由) 通勤経路にあるため	
	第5希望	□□認定こども園 (理由) 通勤経路にあるため	

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施

		クラス	生年月日	施設満了期間
保育の利用 を必要とする 理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐 (具体的な状	0歳児 平成30年4月2日 ~	令和7年3月31日 (平成37年)
		母	1歳児 平成29年4月2日 ~ 平成30年4月1日	令和6年3月31日 (平成36年)
			2歳児 平成28年4月2日 ~ 平成29年4月1日	令和5年3月31日 (平成35年)
	3歳児 平成27年4月2日 ~ 平成28年4月1日		令和4年3月31日 (平成34年)	
	4歳児 平成26年4月2日 ~ 平成27年4月1日	令和3年3月31日 (平成33年)		
	5歳児 平成25年4月2日 ~ 平成26年4月1日	令和2年3月31日 (平成32年)		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障害児（者）がいる世帯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外			
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間	
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（8時間以上11時間未満） ・ <input checked="" 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

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。

保護者氏名 **阿蘇 大輔** 阿印

※ 世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が阿蘇市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)

- (※) ・ 同世帯に身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を持っている方（申込み児童を含む）がいる場合は、手帳のコピーを添付して下さい。
- ―― 前年、当年の1月1日時点の居住地が阿蘇市ではない世帯員の有無が、有の場合、対象となる世帯員の市町村民税課税台帳記載事項証明書を添付して下さい。
- ・ 申込書を提出後、家庭状況などの変更が生じた場合、速やかに変更の手続きを行って下さい。
- ・ 記載内容と事実が相違した場合、支給認定及び入園（内定）を取り消すことがあります。

* 市記載欄

指数表	基本指数		調整指数				合計
	父	母					

本人確認	提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 委任（ ）
	個人番号 確認資料	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票
	個人番号閲覧	<input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし
	身元確認資料	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）

* 施設記載欄（施設（事業者）を經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	<input type="checkbox"/> 有（契約・内定（令和 年 月 日契約（内定））） ・ <input type="checkbox"/> 無
備考	