

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

平成 年 月 日 (保護者氏名)

阿蘇市長 様

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日 ※年齢はH29.4.1現在	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日生 (月 日 生 歳)	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	個人番号: (住所) (連絡先) 父携帯: 母携帯:			
認定者番号	※既に支給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、保育施設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(保育施設と併願の場合を除く)			

(※)・「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。)

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
子どもの 世帯員	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日生	男・女		同・別	有・無	有・無
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り (保護開始)							

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	平成 年 月 日 から 平成 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 (理由)
	第2希望 (理由)
	第3希望 (理由)
	第4希望 (理由)
	第5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施設において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	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（起業準備を含む） <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVの恐れがある <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他（ （具体的な状況がわかる必要書類を提出して下さい。）	
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 type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで
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 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 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。

* 市町村記載欄

受付年月日	平成 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)
平成 年 月 認定		
支給（入所）の可否	支給認定期間	契約期間
可・否（否とする理由）	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	自 平成 年 月 日 至 平成 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"/> 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） <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設〕		
備考		

* 施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	平成 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	有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定）） ・ 無
備考	