

施設型給付費・地域型保育給付費 給付認定申請書 [兼]保育施設等利用申込書(児童台帳)

市は、施設型給付費・地域型保育給付費の給付認定に際して、認定に必要な世帯情報の閲覧、利用者負担額決定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)を閲覧します。また、その情報に基づき決定した利用者負担金額について、特定教育・保育施設等に対して提示することがあります。

以上のことに同意し、次のとおり申請します。

令和 年 月 日

江津市長 様

住所(居住地) 江津市 町 番地

保護者氏名

申請する子ども	氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)
	(ふりがな)	年 月 日	
	性別	障害者手帳等の有無	
	男・女	有・無 ※有の場合は、写しを添付してください。	
※生計を一にしているお子さんの中での順番を記入してください。別居しているお子さんがおられる場合、年齢は問いませんが、結婚している場合は含まれません。下記の別居者欄へ氏名を記入してください (第 子)			

利用を希望する期間	連絡先電話番号
令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 小学校入学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	① - - 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先 その他()
利用を希望する施設名	希望する理由
第1希望	② - - 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先 その他()
第2希望	
第3希望	

	氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	勤務先・学校	個人番号
申請する子どもの同居者	()		年 月 日		障害者手帳の有無 有・無
	()		年 月 日		障害者手帳の有無 有・無
	()		年 月 日		障害者手帳の有無 有・無
	()		年 月 日		障害者手帳の有無 有・無
	()		年 月 日		障害者手帳の有無 有・無
	()		年 月 日		障害者手帳の有無 有・無

※申請することの別居のきょうだいがある場合は記入してください。

別居者	()	年 月 日	※市処理欄 [県軽減事業対象者] 3歳未満 1子・2子・3子
-----	-----	-------	-----------------------------------

生活保護受給	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 受給中(令和 年 月受給開始)
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり(<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別)

主なもの一つに☑してください。理由ごとに、別途証明書類等が必要です。「入所のでびき」をご覧ください。

保育の事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()

該当に○または記入してください。

利用を希望する曜日	月・火・水・木・金・土	※市記入欄 [支給認定証番号]
希望する保育必要量	標準時間・短時間	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
希望する利用時間	午前 時 分から午後 時 分まで	(<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)

【施設記載欄】※施設を経由して市に提出する場合

受付年月日	令和 年 月 日	担当者	(担当者)
施設(事業者)名		氏名・連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定(令和 年 月 日契約(内定)) <input type="checkbox"/> 無			

【市記載欄】

入所承諾	保育の実施の要否	保育実施基準の番号	保育の実施期間	その後の経過
	要・否(理由)	父() 母()	自 令和 年 月 日	
	令和 年 月 日承諾	入所保育所	至 令和 年 月 日	
			保育の実施解除年月日 令和 年 月 日	解 除 理 由

保育の必要性の認定経過／利用者負担額の認定経過

認 定 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
認 定 証 番 号				
認 定 区 分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
支給認定の有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
保 育 利 用 時 間	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短
市 民 税 額	父 所 得 割 額	円	円	円
	父 均 等 割 額	円	円	円
	母 所 得 割 額	円	円	円
	母 均 等 割 額	円	円	円
所 得 割 額 計	円	円	円	円
家計の主宰者氏名				
生活保護開始	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
市階層(国階層)	()	()	()	()
多 子 軽 減	全 / 半額 / 無料	全 / 半額 / 無料	全 / 半額 / 無料	全 / 半額 / 無料
県 軽 減 事 業 1子・2子の別 軽 減 額	1子・2子軽減 / 3子免除	1子・2子軽減 / 3子免除	1子・2子軽減 / 3子免除	1子・2子軽減 / 3子免除
	1子 / 2子	1子 / 2子	1子 / 2子	1子 / 2子
	△ 円	△ 円	△ 円	△ 円
市規程による減免額	△ 円	△ 円	△ 円	△ 円
利用者負担額	円	円	円	円
対 象 月	月	月	月	月