

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)

記入例

施設型保育給付費・地域型保育給付費の支給認定に際して、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の閲覧(同一世帯番号を参照)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 3 年 11 月 8 日

江津市長 様

個人番号は、マイナンバー申告書に記入してください。

住所(居住地)

江津市 江津 町 100-100 番地

保護者氏名

江津 太郎

申請する子ども	氏名 (ふりがな) ごうつ はな 江津 花	生年月日 令和 3 年 4 月 5 日	個人番号(マイナンバー)
	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	障害者手帳等の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 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。別居している場合は、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(第 3 子)		

有の場合は、手帳等の写しを添付してください。

利用を希望する期間	令和 4 年 4 月 1 日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 小学校入学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで	連絡先電話番号 ① 090-0000-0000 父携帯・ <input checked="" type="radio"/> 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	② 0855-00-0000 父携帯・母携帯・父勤務先・ <input checked="" type="radio"/> 母勤務先 その他()
第1希望	〇〇保育園 自宅から近い	個人番号は、マイナンバー申告書に記入してください。
第2希望	△△こども園 勤務先から近い	
第3希望	××保育園 通勤途中にある	

申請する子どもからみた続柄を記入してください。

氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	勤務先・学校	個人番号
(ごうつ たらう) 江津 太郎	父	56年 5月 3日	(株)〇〇〇〇	障害者手帳の有無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
(ごうつ ゆめこ) 江津 夢子	母	56年 6月 11日	△△△(株)	障害者手帳の有無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
(ごうつ ひかる) 江津 光	兄	25年 8月 16日	〇〇小学校	障害者手帳の有無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
(ごうつ あきお) 江津 秋男	祖父	31年 10月 25日	なし	障害者手帳の有無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
(ごうつ はるこ) 江津 春子	祖母	32年 4月 20日	□□□□(株)	障害者手帳の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
()				<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無

※申請する子どもの別居のきょうだいがいる場合は記入してください。祖父母については、住民票の世帯が別の場合でも同居であれば記入が必要です。

別居者	(ごうつ なつみ) 江津 夏美	姉	S <input checked="" type="radio"/> H	17年 9月 30日	×××高校	障害者手帳の有無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
生活保護受給	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 受給中(年 月受給開始)					
ひとり親世帯	<input checked="" 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)					

有の場合は、手帳等の写しを添付してください。

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 checked="" 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 checked="" 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 7時 00分から午後 6時 00分まで	(<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)

【施設記載欄】※施設を經由して市に提出する場合

受付年月日	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(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 年 月 日	
	年 月 日承諾	入所保育所	至 年 月 日	
			保育の実施解除年月日	解 除 理 由
			年 月 日	

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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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 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