

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

記入例

施設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(同一世帯番号を印字)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 6年 11月 5 日

江津市長 様

マイナンバーは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 6年 1月 1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 <small>※有の場合は、写しを添付してください。</small>	
	※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(同一世帯番号を印字)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() (第 3 子)		

有の場合は、手帳等のコピーを添付してください。

利用を希望する期間	令和 7 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	① 090-0000-0000 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	② 0855-00-0000 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先 その他()
------------	--------	--

第1希望	〇〇保育園	自宅が近いため
第2希望	△△こども園	勤務先が近いため
第3希望	××保育園	通勤途中にあるため

申請する子どもからみた続柄を記入してください。

マイナンバーは申告書に記入してください。

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	S H 62年 4月 5日	(株)〇〇〇〇	障害者手帳の有無 有(無)
(ごうつ ゆめこ) 江津 夢子	母	S H 63年 9月 22日	△△△(株)	障害者手帳の有無 有(無)
(ごうつ ひかる) 江津 光	兄	S H 26年 7月 18日	〇〇小学校	障害者手帳の有無 有(無)
(ごうつ あきお) 江津 秋男	祖父	S H 30年 9月 30日	なし	障害者手帳の有無 (有)無
(ごうつ はるこ) 江津 春子	祖母	S H 39年 4月 7日	□□□□(株)	障害者手帳の有無 有(無)
()		S 年		障害者手帳の有無 有(無)

同居の祖父母は、世帯分離していても記入が必要です。

別居者	(ごうつ なつみ) 江津 夏美	姉	S H 20年 8月 12日	×××高校	障害者手帳の有無 有(無)
-----	---------------------------	---	--------------------------	-------	---------------

有の場合は、手帳等のコピーを添付してください。

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)

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	<input checked="" type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・ <input checked="" type="checkbox"/> 木・ <input checked="" type="checkbox"/> 金・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 8時 30分 から午後 5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	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 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