

施設型給付費等支給認定申請書【現況届】兼 施設利用申込書

西海市長 殿

保護者氏名： _____ 印

私および私の同居親族は、裏面④記載の同意事項に同意し、次のとおり申請（申込）します。

		申請区分	新規・転園	申請日	令和 年 月 日
申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日	性 別	障害者手帳 等の有無	R4年度に利用していた 保育所等の名称
	(ふりがな) 個人番号： _____	平成・令和 年 月 日生 (歳)	男・女	有・無	
住所	西海市			連 絡 先	自 宅：
	今年の1月1日の住所	市内・市外 ※市外の場合は以下を記入してください (都道府県 市区町村)			父携帯：
	前年の1月1日の住所	市内・市外 ※市外の場合は以下を記入してください (都道府県 市区町村)			母携帯：
認定者番号	※ 令和4年度に在園している等で、既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
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、保育所等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（保育所等と併願の場合を除く）				

※「保育所等」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。

※「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に必要事項を記入してください。

①世帯の状況 ※申請にかかる子ども本人は除く

区 分	氏 名	子どもとの 続 柄	生年月日	性 別	職業または 学校名等	障害者 手帳等 の有無	備 考
保 護 者 欄	(ふりがな) 個人番号： _____		昭和・平成・令和 年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな) 個人番号： _____		昭和・平成・令和 年 月 日生	男・女		有・無	
世 帯 員	(ふりがな) 個人番号： _____		昭和・平成・令和 年 月 日生	男・女		有・無	
世 帯 員	(ふりがな) 個人番号： _____		昭和・平成・令和 年 月 日生	男・女		有・無	
世 帯 員	(ふりがな) 個人番号： _____		昭和・平成・令和 年 月 日生	男・女		有・無	
世 帯 員	(ふりがな) 個人番号： _____		昭和・平成・令和 年 月 日生	男・女		有・無	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭・ <input type="checkbox"/> 左記以外					
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し・ <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日 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	年 月 日から 年 月 日まで				※ 就労開始、育休からの復職等の場合、その予定日の2週間前からならし保育が可能です。必要な場合は、利用開始日にならし保育の開始日を記入してください。	
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希望の施設が決定とならなかった場合 ※下記のいずれかに✓をしてください。		
	第1希望		(理由)	<input type="checkbox"/> 第1希望の施設を利用できるまで待つ		
	第2希望		(理由)	<input type="checkbox"/> 第2希望以降の施設を利用する		
	第3希望		(理由)	※こちらに✓をした場合は、左の第2・3希望施設を必ず記入してください。		

○「記入上の注意」をよく読んで、字は楷書ではっきりと書いてください。

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所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		<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 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
		<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 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
希望する利用時間	希望利用曜日		希望利用時間
	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> すべて		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申請にあたっての同意事項

申請する子ども、申請書に記名した保護者および同居者は、教育・保育給付の認定、利用者負担額等の決定、利用施設の決定その他本件申請に関する決定に関し必要と認められる場合において、下記の事項につき市が情報を閲覧し、または関係部局に照会すること。その情報に基づき決定した利用者負担額等について特定教育・保育施設等に対して提示すること。利用施設の決定(内定)後において、当該施設に対して保護者の連絡先を提供することに同意します。

1. 住民票に関すること(氏名、性別、生年月日、続柄、住民となった事由・年月日、住民でなくなった事由・年月日等)
2. 市民税に関すること(市民税の額をはじめ、利用者負担額の決定に必要な情報)
3. 各種障害者手帳等に関すること(各種手帳の交付情報 ※必要と認められる場合のみ)
4. 生活保護等に関すること(生活保護等に関する支援給付情報 ※必要と認められる場合のみ)
5. 児童扶養手当に関すること(児童扶養手当受給者資格情報 ※必要と認められる場合のみ)
6. 児童手当に関すること(児童手当受給者資格情報 ※必要と認められる場合のみ)

※以下の余白は、添付資料についての記載等、ご自由にご記入ください。

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日 認定	認定者番号 認定区分等
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由) (<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)	支給認定期間 契約期間
入所施設(事業者)名 前年度 利用施設名 [<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<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)を經由して市町村に提出する場合)

受付年月日	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	