

## 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼特定教育・保育施設利用申込書

令和〇〇年〇月△△日

知名町長

殿

保護者 住 所 知名町知名 307番地  
 氏 名 知名 一郎  
 電話番号 93-3111

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

なお、必要な場合には、知名町において施設型給付費・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（父母その他児童の世帯員を含む）、世帯情報、生活保護の受給情報及び児童手当・児童扶養手当の支給情報を閲覧すること、並びにその情報に基づき決定した利用者負担額（保育料）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。

## ①申請児童

申請に係る 小学校就学 前子ども	ふり 氏 名	生年月日	年齢	性別	個人番号
	ちな じろう				
	知名 次郎	〇〇.〇〇.〇〇	3 歳	男・女	****-****-****
認定証番号	※既に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	保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園との併願を含む）			
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願を除く）			

- (※) ①「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。（以下同じ）  
 ②「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。  
 ③「有」を〇で囲んだ場合は②～⑤に、「無」を〇で囲んだ場合は②、③及び⑤に必要事項を記入して下さい。

## ②世帯の状況

申請児童の世帯員人申請児童を除く	ふり 氏 名	申込児童との続柄	性別	生年月日	年齢	職業又は学校名等	個人番号
1	ちな いちろう 知名 一郎	父	男・女	〇・〇・〇	〇〇	〇〇中学校	****-****-****
2	ちな はなこ 知名 花子	母	男・女	〇・〇・〇	〇〇	無職	****-****-****
3	ちな さくら 知名 さくら	姉	男・女	〇・〇・〇	〇〇	〇〇小学校〇年	****-****-****
4			男・女				
5			男・女				
6			男・女				
生活保護の状況	1 適用なし	2 申請中	3 適用あり ( 年 月 日 ) 開始				

※申込児童の他に保育所等の利用申請をしている児童がいる場合は、当該児童の番号を〇で囲んで下さい。

※申請児童の世帯員欄が不足する場合は、別紙（任意様式）に記入して下さい。

## ③利用を希望する期間、希望する施設（事業者名）

利用を希望する期間	〇〇年 4月 1日から 年 月 日まで・就学前まで
利用を希望する 施設・事業者名	施設（事業者）名・希望理由 事業所番号※
	第1希望 認定こども園〇〇

④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下さい。

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"/> 就学	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 出張	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 保育	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 求職	<input type="checkbox"/> その他				
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親					
希望する利用時間	月・火・水・木・金・土		時	分から	時	分まで

記入不要

(※) 記入していただいた希望内容どおりに施設を利用できない場合があります。(利用時間は支給認定区分及び保育必要量の認定により決定されます。)

⑤申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)			
アレルギー情報	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 ( )			
その他児童の健康状態 ※該当する場合に記入	アトピー	・ ぜんそく	・ その他 ( )		
主な症状 ( )					
通院・入院の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 (内容 )	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 (内容 )	
子育て関係機関への相談	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 (保健センター・児童相談所・子育て相談センター・その他)	相談内容 ( )		
現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 父	<input checked="" type="checkbox"/> 母	産休育休・求職中・その他	祖父母(父方・母方)	施設(施設名 )

○記入上の注意をよく読んでから記入して下さい。

○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

※施設記載欄 (幼稚園等を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名		担当者名	
入園内定の有無	有 ( 契約・内定 (令和 年 月 日契約(内定)) )	・ 無	

※市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	認定担当者	入力担当者
-------	----------	-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否(否とする理由) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□標 □短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
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 〕	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保) ) <input type="checkbox"/> 幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)		