施設給付費・地域型保育給付費・支給認定申請書兼保育所入所申込書

記載例

美幌町長　様

署名してください。
（押印は不要です。）

日中連絡の取れる番号を記載ください。

年　　月　　日

次のとおり、施設給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

	氏　　名	生年月日 ※年齢はR6.4.1現在	性別	認定者番号 ※既に認定済みの場合
申請児童	（ふりがな）	年　月　日生 （　歳　月）	男・女	
保護者	（ふりがな）	年　月　日生	電話番号 （自宅）	
	（住所）美幌町字		携帯 （　　）	
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、保育園等において保育の利用を希望する場合（幼稚園との併願の場合を含む） 無：幼稚園等の利用を希望する場合（保育園等と併願の場合を除く）			

①保育の利用を必要とする理由等　※保育の希望の有無で「有」を選択した場合は記入して下さい。

	続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）等
保育の利用を必要とする理由	父	□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害 □介護等　□災害復旧　□求職活動 □就学　□虐待・DV　□育児休業 □その他（	
	母	□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害 □介護等　□災害復旧　□求職活動 □就学　□虐待・DV　□育児休業 □その他（	
保育必要量（※）	保育を必要とする事由が就労・介護・就学等の場合 □保育標準時間希望（１日８時間を超える場合）□保育短時間希望（１日８時間まで）		

保育を必要とする理由に「レ」を保護者ごとに入れ、証明できる書類を提出してください。

希望する保育時間（標準時間か短時間）に「レ」を入れてください。

※保育必要量：保育を必要とする事由及び勤務時間に基づき認定します。
保育を必要とする事由が就労・介護・看護・就学・職業訓練の場合、就労等の時間数が月120時間以上であっても、希望があれば保育短時間認定を受けることが出来ます。

②世帯の状況

ひとり親世帯等の適用の有無	無・有（ひとり親世帯等・・・□離別　□死別　□その他　）
	無・有（在宅障害児（者）のいる世帯）
生活保護の適用の有無	無・有（平成・令和　年　月　日保護開始）

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	勤務先名又は学校名等	勤務先の連絡先
児童の世帯員		年　月　日生	男・女			
		年　月　日生	男・女			
		年　月　日生	男・女			
		年　月　日生	男・女			

同居している方をご記入ください。
※兄姉等がいる場合は、通園、通学施設名、学年を記入して下さい。18歳未満で扶養している町外者も含みます。また、祖父母等と生計を同一にしている方は、全ての方の氏名を記載してください。

令和5年1月1日現在の住所	父	□ 現住所と同じ	母	□ 現住所と同じ
令和6年1月1日現在の住所	父	□ 現住所と同じ	母	□ 現住所と同じ

※上記の住所が美幌町以外の場合は、その市町村の所得課税証明書が必要になります。該当する年度をご確認の上、合わせて提出をお願いします。

③申請児童の情報

障害者手帳の情報	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	無・有（　　）
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー・ぜんそく・その他（　　） 主な症状（　　）
検診での指導事項	無・有（　　）
通院・入院の有無	【通院】無・有（内容　　）　【入院】無・有（内容　　）
子育て関係機関への相談	無・有（子育て支援センター・児童相談所・その他（　　）） 相談内容（
現在の保育状況	母（産休中・求職中・その他）　祖母方（父方

利用希望期間が卒園するまでの場合はその年の3月31日までとなります。

④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	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで	
希望する利用曜日・時間（*1）	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土 不定期（平均週　日）	時　分から　時　分まで
利用を希望する施設（事業者）名(*2)	施設（事業者）名・希望理由	
	第１希望	（希望理由）
	第２希望	（希望理由）
	第３希望	（希望理由）

(*1) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*2) 幼稚園等を経由して市町村に提出する場合及び既に保育園、幼稚園及び認可外保 入不要です。

署名してください。
（押印は不要です。）

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費、地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。

保護者氏名

記入不要