

施設給付費・地域型保育給付費・支給認定申請書兼入所申込書

美幌町長 様

令和 年 月 日

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。

申請児童	氏名	生年月日	年齢 ※R8.4.1現在	性別
	(ふりがな)	R 年 月 日	歳 ヶ月	男・女
保護者 (世帯主)	電話	家・携帯(父・母・その他)		
	(住所) 美幌町字			

①保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を 必要とする 理由	続柄	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。

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できます。

②世帯の状況

ひとり親世帯等の 適用の有無	☐ ひとり親世帯等 (☐ 離別 ☐ 死別 ☐ その他()) ☐ 在宅障害児(者)のいる世帯				
生活保護の適用の有無	無・有 (H・R 年 月 日保護開始)				
区分	氏名	生年月日	児童との 続柄	勤務先名又は 学校名等	勤務先の連絡先 (日中連絡のつく連絡先)
児童の 世帯員		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

※町外在住で18歳以上の扶養している兄弟等がいる場合も必ず記入して下さい。

令和7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8年1月1日 現在の住所	父	☐ 現住所と同じ	母	☐ 現住所と同じ

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 ）
子育て関係機関への 相談	無・有（ 子育て支援センター ・ 発達支援センター ・ にこにこキッズ教室 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・母方） 施設（ ）

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	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	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)	

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

*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
-------	----------

認可の可否		認定者番号	認定区分等
可 ・ 否 令和 年 月 日認定	(否とする理由)		□1号 □2号 □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)	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日	
入園施設(事業者)名			