

利用申込・支給認定  申請書  
 変更申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

大洗町長 様

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。

| 申請に係る小学校就学前子ども | 氏名<br><small>(ふりがな)</small> | 生年月日<br><br>年 月 日生  | 年齢<br><br>歳 | 性別<br><br>男・女          | 保護者との続柄 | 備考 |
|----------------|-----------------------------|---|-------------|------------------------|---------|----|
| 保護者住所・連絡先      | <small>(住所) 〒</small>       |   |             |                        |         |    |
|                | <small>(父: 携帯)</small>      |   |             | <small>(母: 携帯)</small> |         |    |
|                | <small>(自宅等)</small>        |   |             |                        |         |    |
| 保育の希望の有無(*1)   | 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<br>(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)                             |             |                        |         |    |

(\*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。  
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①支給認定証の発行について

|            |  |
|------------|--|
| 認定証発行希望の有無 | 無・有 ※希望しない場合でも利用者負担額決定通知に支給認定情報を記載して通知いたします。 |
|------------|--|

②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○で囲んだ場合は記入して下さい。

| 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<br><input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入<br><small>(勤務先名) (就労時間・日数) 1日あたり 時間就労 / 月</small><br>日  |    |
|               | <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<br><input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入<br><small>(勤務先名) (就労時間・日数) 1日あたり 時間就労 / 月</small><br>日  |    |

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( )                        |
| その他特記事項  | 無・有( )                        |

④世帯の状況

|            |                                 |
|------------|---------------------------------|
| ひとり親世帯等の有無 | 非該当・該当(□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯) |
| 生活保護の適用の有無 | 非該当・該当(平成 年 月 日保護開始)            |

| 区分           | 氏名 | 生年月日  | 性別  | 児童との続柄 | 職業・学校名等 | 多子軽減計算対象施設(*2)              | 個人番号 |
|--------------|----|-------|-----|--------|---------|-----------------------------|------|
| 世帯員・その他の同居家族 |    | 年 月 日 | 男・女 |        |         | <input type="checkbox"/> 対象 | - -  |
|              |    | 年 月 日 | 男・女 |        |         | <input type="checkbox"/> 対象 | - -  |
|              |    | 年 月 日 | 男・女 |        |         | <input type="checkbox"/> 対象 | - -  |
|              |    | 年 月 日 | 男・女 |        |         | <input type="checkbox"/> 対象 | - -  |
|              |    | 年 月 日 | 男・女 |        |         | <input type="checkbox"/> 対象 | - -  |

(\*2) 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、□該当にチェックを付けて下さい。

(表面)

⑤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 <input type="checkbox"/> 就学前まで |               |
|                           | <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで       |               |
| 希望する<br>利用曜日・時間<br>※希望日に○ | 利用曜日                                       | 利用時間          |
|                           | 日 月 火 水 木 金 土                              | 時 分 から 時 分 まで |
| 利用を希望する<br>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)        |
|                           | 第3希望                                       | (希望理由)        |
|                           | 第4希望                                       | (希望理由)        |
|                           | 第5希望                                       | (希望理由)        |

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・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（施設を経由して町に提出する場合）

|              |                            |
|--------------|----------------------------|
| 受付年月日        | 令和 年 月 日                   |
| 施設（事業者）名     | (施設・事業所番号： )               |
| 担当者氏名<br>連絡先 | (担当者)<br>(連絡先)             |
| 入所契約（内定）の有無  | 有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ 無 |
| 備考           |                            |

\*市町村記載欄

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| 受付年月日  | 令和 年 月 日                             |  |
| 認定の可否<br>可・否<br>(否とする理由)<br>令和 年 月 日認定   | 認定者番号                                | 認定区分等<br><input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br>( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 支給（入所）の可否<br>可・否<br>(否とする理由)<br>{ <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(利用)期間<br>自 令和 年 月 日<br>至 令和 年 月 日 |  |
| 入所施設（事業者）名<br>{ <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)<br><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) } |                                      |  |
| 備考   |                                      |  |