

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

北海道瀬棚郡今金町長 様

記入例

2024年12月11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	性別	保護者との続柄	認定証番号
	(フリガナ) オコサンノナマエ お子さんの名前	※年齢は令和7(2025)年4月1日現在 H・R 3年12月1日生 (3歳4月)	男・女	次男	
申請児童の個人番号		(12桁のマイナンバー)	0 1 2 3 4	5 6 7 8 9 0 1	
保護者(申請者)	保護者の方の名前	生年月日	連絡先	8 2 - 0 0 0 0	
	(住所) 今金町字 今金123-456	昭和58年10月10日生	(父)携帯 (母)携帯	090 - 1234 - 5678 090 - 8765 - 4321	
保育の希望の有無	保護者の労働又は疾病等の理由により、認定こども園(保育部分)において保育の利用を希望 <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準(11時間保育)を希望 <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間保育)を希望				
	無 <input type="checkbox"/> 認定こども園(教育部分)の利用を希望				

①保育の利用を必要とする理由等 ※上記(保育の希望の有無)で「有」を囲んだ場合は記入してください。

続柄	保育を必要とする理由	備考
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 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 株式会社 正社員 1日8時間 週5日間勤務	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 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 △〇ストア パート 1日6時間 月20日勤務	

②世帯の状況 ※保育の希望の有無にかかわらず申請児童の世帯員、同居者を全員記入してください。

ひとり親世帯等の適用の有無	(無)・有 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無	(無)・有 (年 月 日 保護開始)					
児童の世帯員・同居者(兄弟・姉妹を除く)	世帯員、同居者氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業・勤務先名・学校名等	備考
	(フリガナ) 世帯主の名前	世帯主 父	S58年10月10日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	株式会社 82-**** 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	(フリガナ) ○△◇□	母	S61年11月11日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	△〇ストア 82-**** 個人番号 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	
	(フリガナ) ○△▽◆	祖父	S33年12月12日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	株式会社 82-**** 個人番号 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	
	(フリガナ) ○△■□	祖母	S35年1月13日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	無職 個人番号 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5	
	(フリガナ)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号	
児童の兄弟・姉妹(申請児童を除く)	児童の兄弟姉妹氏名	児童との続柄	生年月日	性別	施設名・学校名等	備考
	(フリガナ) ○△一男	兄	H20年7月13日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	〇△高校 1学年 個人番号 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6	同居 (別居)
	(フリガナ) ○△二子	姉	H28年3月15日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	◇〇小学校 2年生 個人番号 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7	(同居) 別居
	(フリガナ)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号	同居・別居

③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 ()

いずれかに☑を記入ください。
農閑期等に保育を希望しない場合などは、
利用希望期間をご記入ください。

④利用を希望する期間 2025年 4月 1日 から □ 年 月 日まで ・ 就学前まで

⑤添付書類 ※①の保育の利用を必要とする場合、理由を証する書類として添付するものに☑を記入してください。

両親等それぞれの証明が必要となります。なお、教育利用の方は添付書類は不要です。

保育を必要とする理由	添付書類 (理由を証するための必要書類)	
1.就労している(したい)場合	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(内定)証明書 <input type="checkbox"/> 就労申立書(自営業従事者用) <input type="checkbox"/> 就労予定申立書	・雇用されている方(内定含む) ・自営業、農業に従事している方 ・求職中の方
2.出産を控えている場合 3.通院・入院している場合 4.障害があり保育できない場合 5.家族の介護にあたる場合 6.災害に見舞われた場合 7.就学の場合 8.虐待・DVのおそれがある場合 9.育児休業を取得する場合 10.その他保育が必要な場合	<input type="checkbox"/> 保育を必要としている事由申立書	<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し(予定日が確認できる部分) <input type="checkbox"/> 通院(入院)証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等写し <input type="checkbox"/> 介護される方の通院(入院)証明書、障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 被災証明書 <input type="checkbox"/> 在学証明書、職業訓練をうけることを証する書類等 <input type="checkbox"/> 児童相談所、保健福祉課等の意見書等 <input type="checkbox"/> 就労証明書 <input 425="" 479="" 497"="" 51="" data-label="Section-Header" type="checkbox/>()</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="/> <p>⑥家庭状況等についての同意事項・署名欄</p>

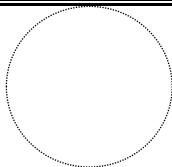
- 町の職員が申請者や同居親族の市町村民税課税状況その他支給認定及び利用者負担額の算定に際し、町関係各署ならびに官公署に対して必要な文書の閲覧又は資料の調査や照会をすること。
- 町の職員が必要に応じて保護者の職場や家庭等に電話、訪問等により状況の調査をすること。
- 町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な情報及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設に対して提示すること。
- 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消される場合があること。

以上のことに同意する。

申請者(保護者)氏名 保護者の方の署名 ㊞

*施設記載欄

受付年月日



入園内定の有無

有・無

担当者

*今金町記載欄

受付年月日 年 月 日

認定の可否		認定証番号	認定区分等	
可	年 月 日 認定		<input type="checkbox"/> 1号認定	<input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定
否(理由)			(<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間)	
		<input type="checkbox"/> 地域型保育()		
支給(入所)の可否		入所施設	支給(利用)期間	
可	<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例地域型		自 :	年 月 日
否(理由)			至 :	年 月 日