

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書兼利用申請書

年 月 日

洞爺湖町長 様

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定及び利用を申請します。

申請児童	(ふりがな)		生年月日	性別	障害者手帳 の有無
	氏 名				
	個人番号 (マイナンバー)		H・R 年 月 日	男・女	有 無
保護者	住所 〒 洞爺湖町				
	自宅電話		携帯電話(父)		(母)
	前年1月1日現在の住所		・洞爺湖町 ・洞爺湖町以外 ()		
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。				
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、保育所等(※1)において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)⇒以降の項目①～⑤すべてに記入			
	無	幼稚園等(※2)の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)⇒以降の項目①～③及び⑤に記入(④は記入不要)			

※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、事業所内保育、居宅訪問型保育をいいます。

※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。

① 世帯の状況(同居の世帯員) ※別居の場合でも生計を一にしている場合は記入してください。

区分	(ふりがな)		児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等
	氏 名					
	個人番号 (マイナンバー)					
申請児童 の同居者				S・H・R 年 月 日	男・女	
				S・H・R 年 月 日	男・女	
				S・H・R 年 月 日	男・女	
				S・H・R 年 月 日	男・女	
				S・H・R 年 月 日	男・女	
				S・H・R 年 月 日	男・女	
				S・H・R 年 月 日	男・女	
				S・H・R 年 月 日	男・女	
生活保護の適用の有無			<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護開始)			

注)「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。また、字は楷書ではっきりと書いてください。

② 希望する利用期間と利用区分

希望する利用期間	令和6年 月 日から 年 月 日まで
希望する利用区分 ※	<input type="checkbox"/> 教育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間

※「教育標準時間」は幼稚園の利用、「保育短時間」は月48時間以上120時間未満の就労で1日最長8時間までの利用、「保育標準時間」は月120時間以上の就労で1日最長11時間までの利用をいいます。

③ 利用を希望する施設（事業者）名

希望する順位に従い、施設（事業者）名を記入してください。

	施設（事業者）名	希望理由
利用を希望する施設（事業者）名	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

④ 保育の利用を必要とする理由等

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ください。

	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【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産【出産（予定）日 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日／週・月】 <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"/> 育児継続利用	
		<input type="checkbox"/> 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産【出産（予定）日 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日／週・月】 <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"/> 育児継続利用	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 障がい者がいる世帯（ <input type="checkbox"/> 児童本人 <input type="checkbox"/> 児童以外）		
希望する曜日と時間	保育を必要とする曜日		1日のうちで必要とする時間
	月・火・水・木・金・土		: ~ :

⑤ 税情報等の提供にあたっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給費等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 _____

.....（記入はここまで）.....

※町記入欄

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