

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和6年 11月 1日

小美玉市長 様

(保護者) 住所 小美玉市小川4-11
 氏名 小美玉 一郎
 自宅Tel 0299-48-1111
 携帯Tel 父 090 (1234) 5678
 母 090 (2222) 3333

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。

マイナンバーを 記入 氏名及び個人番号	フリガナ オミタマ タロウ	生年月日	性別	認定証番号 ※既に認定を受けている場合
	小美玉 太郎	令和2年4月1日生	男・女	記入不要
利用の希望 (*1)	2号・3号 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（幼稚園等と併願を含む）			
	1号 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（幼稚園部分）をいいます。
 ・「2号・3号」を○で囲んだ場合は①～④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	フリガナ 氏名 個人番号	続柄	生年月日	性別	勤務先・ 学校名等	市町村民 税課税の 有無(*2)	同居・別居 備考
児童の 世帯員	オミタマ イチロウ 小美玉 一郎 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	父	S H R 50. 4.10	男・女	（株）おみたま	有・無	同・別
	オミタマ ハナコ 小美玉 花子 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	母	S H R 51. 5.12	男・女	無職	有・無	同・別
	オミタマ モモコ 小美玉 桃子 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	姉	S H R 17. 8.13	男・女	小美玉小5年	有・無	同・別
	オミタマ ジロウ 小美玉 次郎 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	弟	S H R 20. 7.14	男・女	小美玉小2年	有・無	同・別
	オミタマ イチタロウ 小美玉 一太郎 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	祖父	S H R 21. 8.15	男・女	農家	有・無	同・別
			S H R . .	男・女		有・無	同・別

ひとり親家庭等の該当 ひとり親家庭 在宅障がい児（者）のいる家庭（身体・療育・精神 手帳__級）
 生活保護の適用の有無 適用無し 適用有り（平成__年 月 日保護開始）

(*2)前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税が課税されている場合は○を付けてください。

該当する場合のみ
チェック

②税情報等の提供の同意欄

(ただし、税情報については市に情報がない場合には課税証明等の提出が必要です。)

市が施設型給付費・地域型給付費に基づき決定する。	同意であれば署名をお願いします。	必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、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		小美玉 一郎

③利用を希望する期間

利用を希望する期間	令和7年 4月 1日 ~	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学始期に達するまで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで
-----------	--------------	---

④入園を希望している施設（1号認定のみ記入が必要です）

入園を希望している施設	小美玉幼稚園	入園を希望する幼稚園名を記入してください。
-------------	--------	-----------------------

⑤保育の利用を必要とする理由（2号・2号Bのみ記入が必要です）

保育の利用を必要とする理由	続柄	記入はここまで！	
	父 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 具体的な状況を記載（勤務先、就労時間・就労日数や疾病の状況など）	
	母 ()	<input 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"/> その他（ 具体的な状況を記載（勤務先、就労時間・就労日数や疾病の状況など）	

※施設記載欄（施設（事業者）を經由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	（事業所番号： ）
担当者氏名・連絡先	（担当者） （連絡先）
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定 (年 月 日契約 (内定)) <input type="checkbox"/> 無
備考	

※市記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		認定者番号	認定区分等
<input type="checkbox"/> 可 (年 月 日認定) <input type="checkbox"/> 否 (理由)			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
支給の可否		支給(利用)期間	
<input type="checkbox"/> 可 [<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] <input type="checkbox"/> 否 (理由)		自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設（事業者）名			
<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) <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			