

(子ども・子育て支援法施行細則第3条関係)
 (庄原市保育所設置及び管理条例施行規則第6条関係)
 (庄原市へき地保育所設置及び管理条例施行規則第5条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 保育所等利用申請書

庄原市長様

※施設型給付・地域型保育給付の支給認定及び子どものための教育・保育給付の支給に係る特定教育・保育施設又は、特定地域型保育事業の利用申請に際して、市長が、利用料の算定に必要な申請者及び同居する親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります(子ども・子育て支援法第16条による)。

※この申請に記入されている事項の中で、利用調整及び教育・保育の運営上必要と認められる情報を施設・事業者提供することがあります。

※施設型給付費、地域型保育給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。

※4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、締切日までに提出された支給認定については、2月までに認定します。なお、既に認定を受けられている方が申請をした場合、認定書は交付しません。

※申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意の上、次のとおり施設型給付・地域型保育給付の支給認定の申請及び特定教育・保育施設、特定地域型保育事業の利用を申請します。

申請日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日	連絡先①	父・母(携帯・職場)・自宅・その他
保護者氏名	(印)	個人番号		連絡先②	父・母(携帯・職場)・自宅・その他
保護者住所	(〒 -) 庄原市 町			連絡先③	父・母(携帯・職場)・自宅・その他

※すでに兄弟姉妹を申請されている場合は、その申請者を保護者氏名欄に記入してください。

※平成29年4月1日時点の年齢を記入してください。

フリガナ		性別	男・女	続柄		生年月日	平成 年 月 日 (歳)
申請児童名	(第 子)						
個人番号							

申請区分	1号認定(教育認定)	2号・3号認定(保育認定)	
利用時間の区分の希望 ^{※1}	<input type="checkbox"/> 教育標準時間利用(5時間) (9:00~14:00)	<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間) (7:30~18:30)	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間) (8:30~16:30)
利用開始希望日(支給認定希望日)	<input type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から	終了(希望)日	<input type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> その他(年 月 日)
利用希望時間 ^{※2}	平日 時 分から 時 分まで		
	土曜日 時 分から 時 分まで		

※1 2号・3号認定の利用時間の区分は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準に照らし合わせ、最終的に庄原市が決定します。よって、区分は希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※2 通勤時間を含んだ保育希望時間を記入してください。

【利用希望施設】

希望優先順位	希望施設・事業名 [※]	希望優先順位	希望施設・事業名 [※]
第1希望		第3希望	
第2希望		第4希望	

※ 希望施設・事業名は正確に記入してください。

※庄原市記入欄

				備考	支所受付印	本庁受付印
受付	入力	結果				

【家庭の状況】

入所児童の保護者と兄弟姉妹(別居も含む)、及び同居している親族全員について記入してください。

区分	フリガナ 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	勤務先 又は 学校名等	同居・ 別居の別	障害者 手帳等
申請児童の同居者			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有

【祖父母の状況】

		氏名	傷病	就労	申請児童との同居・別居、住所、電話番号	
父方	祖父		有・無	有・無	同・別	Tel
	祖母		有・無	有・無	同・別	Tel
母方	祖父		有・無	有・無	同・別	Tel
	祖母		有・無	有・無	同・別	Tel

該当に☑し、記入してください。

① 共通事項	ひとり親の場合	<input type="checkbox"/> 離婚(年 月) <input type="checkbox"/> 死別(年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(年 月 日(頃)から【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】)
	生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当者: _____ /平成 年 月 日保護開始・廃止)
② 2・3号認定申請のみ		<input type="checkbox"/> 生計中心者の失業により、就労の必要性が高い <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれがある場合など、社会的養護が必要 <input type="checkbox"/> 子どもが障害を有する <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同一の保育所等の利用を希望する <input type="checkbox"/> 小規模保育事業などの卒園児童 <input type="checkbox"/> その他(_____)

※代理人が提出する場合、記入してください。

平成 年 月 日

委任状

庄原市長 様

(本人)氏名 _____ ㊞

住所 _____

私は下記の者を代理人と認め、この申請書に記載の個人番号を貴市に提供することを委任します。

(代理人)氏名 _____

住所 _____

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 補助票

【保育を必要とする状況】

平成28年1月2日現在の住所地	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()※課税証明書等の添付が必要	
保育が必要な事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害復旧
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧
(就労等の場合)自宅から勤務先等までの時間	父	平均 約 時間 分 (<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他())
	母	平均 約 時間 分 (<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他())

【申請児童の状況】

申請時点の保育の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 保育者名: 児童との続柄:
	<input type="checkbox"/> 自宅外に預けている ⇒ <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 事業所内保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育所 <input type="checkbox"/> 一時保育(週 日) <input type="checkbox"/> 親族(続柄 年齢) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 職場で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> その他 ()
身体状況等	健診の受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(乳児健診・1歳半健診・2歳歯科健診・3歳健診)
	健診時の指摘事項、その他発達上の心配事や定期的な通院等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
	障害者手帳の交付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障害名 等級:)
	療育手帳の交付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(A・A・B・B)
	市役所保健師等への相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
	専門機関への相談※ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
	アレルギー等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
再度利用申請	申請児童の弟、妹の育児休暇のため庄原市内の施設事業を退所したことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設の種類 ⇒ <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業 <input type="checkbox"/> その他())

※専門機関とは、療育センターや病院、こども家庭センター等のことです。

【兄弟姉妹の同時利用申請】

該当に☑し、記入してください。

兄弟姉妹で利用を希望する場合の意向	①兄弟姉妹とも利用できる場合 <input type="checkbox"/> 同じ施設・事業を利用できないときは利用申請を辞退します。 <input type="checkbox"/> 希望順位より同じ施設・事業の利用を優先してほしい。 <input type="checkbox"/> 別々の施設・事業でもよいので希望順位の高い施設にしてほしい。
	②兄弟姉妹のいずれかしか利用できない場合 <input type="checkbox"/> 一部の子ども利用の場合は利用申請を辞退します。 <input type="checkbox"/> どの子どもが先の利用で構わない。 <input type="checkbox"/> 【児童名: 】が先の利用でないと希望しない。

【利用開始希望日に利用できなかったときの予定】

該当に☑し、記入してください。

<input type="checkbox"/> その他の施設・事業を利用する (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園(幼稚園部分) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業(従業員枠)	
<input type="checkbox"/> 待機	<input type="checkbox"/> 育児休暇延長
	<input type="checkbox"/> 職場で保育する ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 親族が保育(保育予定者:)
<input type="checkbox"/> 今回の利用申請を取り下げる	
<input type="checkbox"/> その他()	

2号3号認定理由申立書

- ・該当する保育を必要とする事由欄から、保育を必要とすることを証明する書類が整っていることを確認し、状況についてご記入ください。
- ・該当する項目が複数ある場合には、総ての項目に記入が必要です。
- ・父、母すべての申し立てが必要です。なお、父母以外の方が保護者の場合についても申し立てが必要です。
- ・必要書類の欄については、該当する□にチェック(☑)してください。

保育を必要とする事由		必要書類 ※提出書類の確認をお願いします。	【父・母 様】の状況	【父・母 様】の状況	
就労中の方	会社員 公務員	<input type="checkbox"/> 勤務証明書	就労形態 <input type="checkbox"/> 常勤・ <input type="checkbox"/> パート・ <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣・ <input type="checkbox"/> 内職・ <input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 常勤・ <input type="checkbox"/> パート・ <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣・ <input type="checkbox"/> 内職・ <input type="checkbox"/> 自営	
	自営業	<input type="checkbox"/> 就労申立書	所在地 (<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 自宅外)	(<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 自宅外)	
病気・障害のある方	病気	<input type="checkbox"/> 診断書 ※保育が困難なことが記載されたもの	傷害名又は障害名		
			手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(手帳 級)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(手帳 級)
	障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の写し ※身体障害者手帳等の番号・本人欄・障害名が確認できる部分の写し	状況	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 自宅療養
			入院の期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日	平成 年 月 日から平成 年 月 日
		通院の期間・日数	平成 年 月 日から平成 年 月 日 月 日・週 日 (平均を記入)	平成 年 月 日から平成 年 月 日 月 日・週 日 (平均を記入)	
		生活の制限	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
		制限の内容(具体的に)			
介護の方	障害児・者、病人の介護	<input type="checkbox"/> 介護・看護申立書	被介護者名		
			生年月日	明/大/昭/平 年 月 日	明/大/昭/平 年 月 日
			児童との続柄		
			同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
			住所	※別居の場合のみ記入	※別居の場合のみ記入
			病名・障害名		
			介護保険の利用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(要介護度 ・要支援)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(要介護度 ・要支援)
			手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(手帳 級)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(手帳 級)
		介護内容	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添 <input type="checkbox"/> その他()	
通学の方	<input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 時間割表	学校名			
		所在地			
		学年	平成 年 月入学/ 年制 年次在学	平成 年 月入学/ 年制 年次在学	
		通学(受講)日	週 日、 : から : まで	週 日、 : から : まで	
出産の方	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し (表紙と出産予定日が確認できる部分)	出産予定日	平成 年 月 日		
		産後の予定	<input type="checkbox"/> 育児取得(平成 年 月～平成 年 月)・ <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 自宅でみるため利用申請を取り下げる・ <input type="checkbox"/> その他()		
求職中の方	<input type="checkbox"/> 求職活動申立書 ※3ヶ月経っても就職先が見つからないときは、再度申立書の提出が必要です。また、状況によっては退所していただく場合があります。	求職活動状況	<input type="checkbox"/> インターネット・求人誌等で仕事を探している <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣に登録している <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> インターネット・求人誌等で仕事を探している <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣に登録している <input type="checkbox"/> その他()	
		署名欄	3ヶ月経っても就職先が見つからないときは、再度申立書を提出します。 平成 年 月 日	3ヶ月経っても就職先が見つからないときは、再度申立書を提出します。 平成 年 月 日	
		署名		署名	