

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

記入例

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・保育施設等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月頃までに認定します。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・保育施設等の利用を申請します。

申請保護者の個人番号を記入してください。

申請日 平成 30 年 11 月 12 日

フリガナ	ショウバラ コウイチ	年	昭和 60年12月25日	連絡先①	080-0000-0000
保護者氏名	庄原 孝市 (印)	月	平成	連絡先②	父・母(携帯・職場)・自宅・その他 090-0000-0000
保護者住所	(〒727-0000) 庄原市 〇〇 町 〇〇 番地	個人番号	000000000000	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。

申請児童は平成31年4月1日時点の年齢を記入してください。

フリガナ	ショウバラ サクラ	性別	男・女	続柄	子	生年月日	平成29年2月1日 (満2歳)
申請児童名	庄原 咲良 (第3子)						
個人番号	111111111111	申請児童の個人番号を記入してください。					

1月1日時点の年齢を記入してください。

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から	終了(希望)日	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> その他(年 月 日)		
保育希望時間※2	平日	8時00分	から	17時30分	まで
	土曜日	8時00分	から	15時00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	〇〇保育所	第3希望	□□こども園
第2希望	△△保育所	第4希望	

※ 希望施設・事業名は正確に記入してください。

希望施設・事業所名をすべて埋める必要はありません。

※庄原市記入欄

受付	入力	結果	備考	申込書受付印	本庁受付印		

【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	ショウバラ コウイチ 庄原 孝市	父	T S H 60年12月25日	33歳	□□建設	◎同・別	□有
	ショウバラ マルコ 庄原 丸子	母	T S H 61年 4月11日	32歳	〇〇病院	◎同・別	□有
	ショウバラ セイヤ 庄原 誠也	兄	T S H 22年 8月18日	8歳	△△小学校	◎同・別	□有
	ショウバラ ダイチ 庄原 大地	兄	T S H 27年 2月 9日	4歳	△△保育所	◎同・別	□有
	ショウバラ リョウコ 庄原 涼子	祖母	T S H 31年 3月11日	63歳		◎同・別	☑有
				T S H 年 月			

世帯内に障害者手帳等の交付を受けている者がいる場合、保育料が安くなることがあります。手帳等の写しを添付してください。

【祖父母の状況】

父方	祖父	氏名	傷病	就労	同居・別居	申請児童との同居・別居、住所	
			有・無	有・無		市・区 町・村	
母方	祖母	庄原 涼子	◎有・無	◎有・無	◎同・別	市・区 町・村	
	祖父	里山 祐太	◎有・無	◎有・無	◎同・別	□□県〇〇市☆☆ ◎町	市・区 町・村
母方	祖母	里山 純子	◎有・無	◎有・無	◎同・別	同上	市・区 町・村

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 育児休業明け <input checked="" 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
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>1号認定(教育認定)を利用の場合は記入不要です。</p> </div>

※代理人が

平成29年11月13日

申請書を家族等が代わりに提出される場合は、委任状へ申請保護者の署名・押印と提出を委任される方の氏名等記入してください。提出の際に代理人の本人確認を行いますので、運転免許証等を持参ください。

委任状

氏名 庄原 孝市 ⑧

住所 庄原市〇〇町〇〇番地

貴市に提供することを委任します。

(代理人)氏名 庄原 丸子

住所 庄原市〇〇町〇〇番地

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30年1月1日現在の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()
保育が必要な事由	父 <input checked="" 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 checked="" 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 20分 [<input checked="" 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 10分 [<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自宅で見ている ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" 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"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
	障害者手帳の交付 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障害名 等級:)
	療育手帳の交付 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(A・A・B・B)
	市役所保健師等への相談 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
	専門機関への相談※ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
アレルギー等 <input checked="" 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 checked="" 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

アレルギーによる除去食が必要な場合は入所決定後に別紙提出書類を送付します。

【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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 親族が保育(保育予定者: 庄原 涼子)
<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
 ・該当する項目が複数ある場合には、総ての
 ・父、母すべての申し立てが必要です。なお、
 ・必要書類の欄については、該当する□にチ

保育を必要とする事由を確認し、必要な書類を提出してください。
 1号認定（教育認定）を利用の場合は必要書類の提出および、
 このページの記入は不要です。

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 庄原 孝市 様】の状況	【父・母 庄原 丸子 様】の状況
就労中の方	会社員 公務員	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務証明書	就労形態 <input checked="" 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 checked="" 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	勤務(予定)先名 □□建設	〇〇病院
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	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)
			仕事の内容	
	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	傷害名又は障害名	
			手帳の有無 □無・ <input type="checkbox"/> 有(手帳 級) 状況 □入院・ <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 自宅療養	□無・ <input type="checkbox"/> 有(手帳 級) □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 □無・ <input type="checkbox"/> 有	□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
			児童との続柄	
			同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
			住所	※別居の場合のみ記入
			病名・障害名	
			介護保険の利用 手帳の有無	□無・ <input type="checkbox"/> 有(要介護度 要支援) □無・ <input type="checkbox"/> 有(手帳 級)
		介護内容	□自宅介護 □通院付添 □通院付添 □施設通所付添 □その他()	
		□ 在宅介護 □通院付添 □通院付添 □施設通所付添 □その他()	□自宅介護 □通院付添 □通院付添 □施設通所付添 □その他()	
通学の方	<input type="checkbox"/> 在学証明書		学校名	
	<input type="checkbox"/> 時間割表		所在地	
			学年	平成 年 月入学/ 年制 年次在学
		通学(受講)日	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()
			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
			署名	署名

入所後、就職先が見つかった場合は勤務証明書の提出が必要です。