

様式第1号(第3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

年 月 日

様

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。

(ふりがな)		性別	生年月日	年齢(4月1日時点)
申請児童名		男・女	年 月 日	歳
(ふりがな)		続柄	連絡先	
保護者氏名	印	父・母 その他()	自宅・携帯(父・母・その他) - -	
住所	〒 -			
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、保育所等において保育の利用を希望する場合 以下①から④まで全て記入。		
	無	幼稚園等の利用を希望する場合 以下①から③まで記入。		

①税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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、及び、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することについて同意します。

保護者氏名 印 岩見沢市長様

②入所児童の家庭の状況(申請児童を含めて記載)

区分	(ふりがな)氏名	入所児童との続柄	生年月日	性別	職業(勤務先等)	個人番号(マイナンバー)	備考
入所児童の世帯員	()			男・女			
	()			男・女			
	()			男・女			
	()			男・女			
	()			男・女			
	()			男・女			
	()			男・女			
生活保護の適用				障害者(児)の有無		ひとり親世帯の該当	
<input type="checkbox"/> 有(年 月 日開始)				<input type="checkbox"/> 有(氏名:)		<input type="checkbox"/> 有	

※市記載欄

【 月 日から入園・幼稚園】

税	父	小3, 2子・小3, 3子・小6, 3子・18歳, 3子・2F3F2子(半)・2F3F3子(無料)・2F1子ひとり親等(無料)・3F1子ひとり親等(半)・3F2子ひとり親等(無料)							
	母	国	階層	利用者負担額	市	階層	利用者負担額		
	計								

③利用を希望する期間

利用を希望する施設（事業者）名	第1希望 (希望理由)	
	第2希望 (希望理由)	
	第3希望 (希望理由)	
利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時から 時まで

④保育の利用を必要とする理由等

	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 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）	

※4月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、支給認定に係る結果は利用調整の結果とともに3月までにお知らせします。

※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
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		

※施設記載欄(施設(事業者)を経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		
担当者氏名	(担当者)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
連絡先	(連絡先)	(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
入所内定の有無	有(年 月 日内定) ・ 無	
備考		