

## 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

古殿町長 様

令和 年 月 日

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を申請します。また、古殿町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の課税情報(同一世帯者を含みます。)及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、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同意します。

| 申請に係る小学校<br>就学前子ども | 氏 名   | 生年月日   | 性別  | 保護者との続柄 | 障害者手帳の有無 |
|--------------------|---|--------|-----|---------|----------|
| 1                  | (ふりがな)<br>.....   | 年 月 日生 | 男・女 |         | 有・無      |
| 保護者<br>住所・連絡先      | (住所) 〒<br>.....<br>(連絡先) 自宅 : ..... 携帯電話番号 : .....  |        |     |         |          |
| 認定者番号<br>(※1)      |   |        |     |         |          |
| 保育の希望の<br>有無(※2)   | 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<br>⇒①～③に必要事項を記載<br><hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合⇒①及び②に必要事項を記載 |        |     |         |          |

※1 既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。

※2 ・「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(教育部分)をいいます。

### ① 家族の状況(本人は除き、世帯分離を含みます。)

| 区分     | 氏 名        | 児童との続柄          | 生年月日                  | 性別  | 勤務先名<br>(職業)又は<br>学校名等 | 市町村民税<br>課税の有無<br>(※3) | 備考 |
|--------|------------|-----------------|-----------------------|-----|------------------------|------------------------|----|
| 児童の世帯員 | 2          | (ふりがな)<br>..... | 年 月 日生                | 男・女 |                        | 有・無                    |    |
|        | 3          | (ふりがな)<br>..... | 年 月 日生                | 男・女 |                        | 有・無                    |    |
|        | 4          | (ふりがな)<br>..... | 年 月 日生                | 男・女 |                        | 有・無                    |    |
|        | 5          | (ふりがな)<br>..... | 年 月 日生                | 男・女 |                        | 有・無                    |    |
|        | 6          | (ふりがな)<br>..... | 年 月 日生                | 男・女 |                        | 有・無                    |    |
|        | 7          | (ふりがな)<br>..... | 年 月 日生                | 男・女 |                        | 有・無                    |    |
|        | 8          | (ふりがな)<br>..... | 年 月 日生                | 男・女 |                        | 有・無                    |    |
|        | 生活保護の適用の有無 |                 | 適用無し・適用有り( 年 月 日保護開始) |     |                        |                        |    |

※3 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「有」に○をして下さい。

### ② 利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

| 利用を希望する期間           | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで |           |
|---------------------|----------------------|-----------|
| 利用を希望する<br>施設(事業者)名 | 施設(事業者)名・希望理由(※4)    |           |
|                     | 第1希望 (希望理由)          | 事業所番号(※5) |
|                     | 第2希望 (希望理由)          |           |
|                     | 第3希望 (希望理由)          |           |

※4 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所の場合は、その旨も記入して下さい。

※5 事業所番号は町記載欄のため記入は不要です。

