

支給認定申請書（現況届）兼 保育施設入所申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

令和 年 月 日

保護者氏名

印

葛城市長 殿

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。
なお、保護者(申請者)が申請書を提出できない場合、下記の者に個人番号の提供を委任します。

(委任欄) (■受任(提出)者氏名: ■受任者住所:
■受任者生年月日: T S H R 年 月 日 ■申請者との関係:)

育児休業の延長を希望します。(保育所等の入所を希望しない)

保育所(園)等への入所につき次のとおり申込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	障害者 手帳	個人番号 (マイナンバー)
	ふりがな	平成 年 月 日 令和	男・女	有・無	
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒 (年 月 転入予定)				
	電話	(続柄:)	(続柄:)		
認定者番号					
保育の希望の 有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 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 (幼稚園等と併願の場合を含む) <input type="radio"/> 無 : 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)				

(※)「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。(以下同じ)

「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④、⑤に必要な事項を記入して下さい。

①世帯の状況(単身赴任・二世帯住居等含む)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	同居・別居	住所 (別居の場合記入)	職業 又は 学校名等	個人番号 (マイナンバー)
児童の 世帯員	ふりがな		年 月 日	同・別			
	ふりがな		年 月 日	同・別			
	ふりがな		年 月 日	同・別			
	ふりがな		年 月 日	同・別			
	ふりがな		年 月 日	同・別			
	ふりがな		年 月 日	同・別			

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	<input type="checkbox"/> 就学前まで
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名	
	第1希望	第6希望
	第2希望	第7希望
	第3希望	第8希望
	第4希望	第9希望
	第5希望	第10希望

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。* 印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(表面)

新規

③保育の利用を必要とする理由等

※ 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に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中 <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)			
		通勤時間()分			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている世帯員がいる。 <input type="checkbox"/> (特別)児童扶養手当を受給している世帯員がいる。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯()年()月()日保護開始) <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない。				
世帯内の障がいがある人(本人含む)	氏名 (続柄:)	氏名 (続柄:)			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 ※手帳、受給証の写しの提出が必要です		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 ※手帳、受給証の写しの提出が必要です		
令和5年1月1日時点での住所地	<input type="checkbox"/> 葛城市 <input type="checkbox"/> 葛城市以外(右欄を記入)	前住所地	都道	区市	
			府県	町村	
令和6年1月1日時点での住所地(予定含む)	<input type="checkbox"/> 葛城市 <input type="checkbox"/> 葛城市以外(右欄を記入)	前住所地	都道	区市	
			府県	町村	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間		
	曜日から	曜日まで (平日)	時 分から	時 分まで (土曜) 時 分から 時 分まで	
	<input type="checkbox"/> 短時間認定(最大8時間の利用が可能)		<input type="checkbox"/> 標準時間認定(最大11時間の利用が可能)		

※申請内容により希望通り認定できない場合があります。

※現在の認定状況と異なる場合別途申請が必要となります。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。

保護者氏名 Ⓔ

-----【記入はここまでです】-----

* 市町村記載欄

受付年月日 令和 年 月 日

認定の可否 可・否 (否とする理由) 令和 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由) [<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]	支給利用期間 自 令和 年 月 日 至 令和 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"/> 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		

(裏面)