

# 支給認定申請書 兼 保育

## （施設型給付費・地域型保

単身赴任等で保護者と児童の住所地が異なる場合、児童と同住所の方を保護者氏名にご記入ください。

令和 8 年 \* \* 月 \* \* 日

保護者氏名 葛城 花子

葛城 花子

## 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：丁

## ■ 申請者との関係：

ふりがな

障害者

申請に係る 小学校就学前 子ども	ふりがな 氏名	生年月日	性別	障害者 手帳	個人番号 (マイナンバー)						
	かつらぎ れんか										
	葛城 蓮花	令和 3年 4月25日	男・ <input checked="" type="radio"/>	有・ <input checked="" type="radio"/>							
住所	〒 639 - #### 葛城市 長尾85番地								( 年 月 転入予定)		
保護者連絡先	連絡先①	0 9 0 — 8888 —	* * * *			<input checked="" type="radio"/>	父	・ 母	・ その他	( )	
	連絡先②	0 9 0 — 8888 —	# # # #			<input checked="" type="radio"/>	父	・ <input checked="" type="radio"/>	母	・ その他	( )
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) ※入所希望月時点を想定し記入

区分	ふりがな 氏名	児童と の続柄	生年月日	年齢	職業 又は 学校名等	備考	個人番号 (マイナンバー)
児童の世帯員	かつらぎ たろう 葛城 太郎	父	S60年12月24日	40	公務員	単身赴任	* * * * * * * * * * * *
	かつらぎ はなこ 葛城 花子	母	S62年 8月 8日				* * * * * * * * * * * *
	かつらぎ さちこ 葛城 幸子	姉	H29年 2月14日				* * * * * * * * * * * *
	かつらぎ かずひこ 葛城 一彦	祖父	S30年12月31日	70	無職	別世帯	* * * * * * * * * * * *
	かつらぎ ふじこ 葛城 富士子	祖母	S31年 1月 1日	70	無職	別世帯	* * * * * * * * * * * *
			年 月 日				

## ②利用の希望状況

利用希望期間	令和 年 月 1 日から	<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで		
		施設(事業者)名		
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	○○保育園	第6希望	△×保育園
	第2希望	△△保育園	第7希望	
	第3希望	××保育園	第8希望	
	第4希望	○△保育園	第9希望	
	第5希望	○×保育園	第10希望	

ここで希望された施設のみ入所の調整を実施しますので、記入漏れの無いようご注意ください。

○ 消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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ください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由						
		<input checked="" 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(育休取得予定期間:令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) <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) <b>**市役所に勤務 月曜日~金曜日、8:30~20:00、20日/月</b> 通勤時間( 5 分)						
	母	<input checked="" 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(育休取得予定期間:令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) <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) <b>△△商店でパート勤務 月曜日~金曜日、10:00~16:00、16日/月</b> 通勤時間( 30 分)						
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (事由:死亡・失踪・行方不明・離婚・未婚・拘禁・離婚裁判中・離婚調停中) <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 checked="" 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 葛城 幸子 (続柄: 姉 )			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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 <b>※手帳の写しを提出</b>			<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 居住実態ではなく、住民票に基づいてご記入ください。 <b>※手帳の写しを提出</b>				
住所地 (令和7年1月1日時点)	<input type="checkbox"/> 葛城市 <input checked="" type="checkbox"/> 葛城市以外(右欄を記入)		葛城市以外の世帯員 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯全員 <input type="checkbox"/> 一部の世帯員(続柄: )		都道府県	都道府県	区市町村	
住所地 (令和8年1月1日時点)	<input type="checkbox"/> 葛城市 <input checked="" type="checkbox"/> 葛城市以外(右欄を記入)		葛城市以外の世帯員 <input type="checkbox"/> 世帯全員 <input checked="" type="checkbox"/> 一部の世帯員(続柄: 父 )		利用希望時間を24時間表記でご記入ください。			
希望する利用時間・認定の種類	利用曜日		月曜日から 金曜日まで (平日) 9時00分から 16時30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 checked="" 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  
 (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  
 必ず記名してください。等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 葛城 花子

【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	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□標 □短)
支給(入所)の可否	支給利用期間	
可・否 (否とする理由) 〔 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 〕	自 令和 年 月 日	
	至 令和 年 月 日	
入所施設(事業者名)		
[ □認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□幼 □保) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事) ]		
備考		