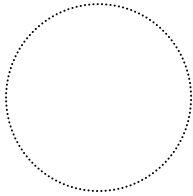


受付印

(申請様式1)



- 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書
- 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定現況届
兼 保育所等利用申込書

市確認印



令和 年 月 日

北秋田市長 様
施設長 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。

| | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-------|---|---|---|
| 保 護 者 ※ | 現住所 | | | | |
| | フリガナ氏名 | | | | |
| | 電話 (優先的に使う連絡先を○で囲んでください) | 自宅 | — | — | — |
| | | 携帯(父) | — | — | — |
| | | 携帯(母) | — | — | — |

(※自署の場合は捺印不要)

※上記保護者を、支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。

①申請児童

| | | | | | | |
|---------------------|---|------------|----|-----|---------------------|-----|
| フリガナ 申請児童氏名 | 生年月日 | 平成/令和 . | 性別 | 男・女 | 障害者手帳 等の有無 ※1 | 有・無 |
| 保育の希望の有無 | 有 : 保護者の労働または疾病等の理由により、保育園、認定こども園(保育部分)、地域型保育(小規模保育等)において保育の利用を希望する場合 無 : 幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合 | | | | サポート 希望の有無 | 有・無 |
| 現在の保育状況 | 1. 保育所等()に入園 2. 家族等()が保育 3. その他 | | | | | |
| 児童の健康状況 【該当する場合】 | アトピー・ぜんそく・その他() アレルギー(アレルギーの種類:) | | | | | |

※1→障害者手帳・療育手帳・特別児童扶養手当証書等の写を添付してください。

②世帯構成(申請に係る児童を除く、すべての同居者を記入してください。)

| 区分 | 氏名 | 児童との 続柄 | 性別 | 生年月日 | 勤務先/通学(園)先 | |
|--------|--------|------------|----------|------|------------|-----|
| 児童の同居者 | | | 男・女 | ・ | | |
| | | | 男・女 | ・ | | |
| | | | 男・女 | ・ | | |
| | | | 男・女 | ・ | | |
| | | | 男・女 | ・ | | |
| | | | 男・女 | ・ | | |
| | | | 男・女 | ・ | | |
| | | | 男・女 | ・ | | |
| 該当有無 | ひとり親世帯 | 有・無 | 在宅障がい者※2 | 有・無 | 生活保護受給 | 有・無 |

※2→手帳の写を添付してください。

③利用を希望する期間と希望する施設(事業所)名→原則第3希望まで記入してください。

| | | | | |
|-----------|------------|----------|---|-------------|
| 利用を希望する期間 | 令和 年 月 日 ~ | 就学まで | ・ | 令和 年 月 日 まで |
| 施設(事業所)名 | 第1希望 | 保育園・こども園 | | |
| | 第2希望 | 保育園・こども園 | | |
| | 第3希望 | 保育園・こども園 | | |

④保育を必要とする事由等 ※①の「保育の希望の有無」で「有」を選択した方のみ

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 保育を必要とする事由等 ※同居する世帯員全員(世帯別でも同住所であれば記入してください。) | 続柄 | 必要とする理由 | | | | | | |
| | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 <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() | | | | | | |
| | 母 | <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() | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <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() | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <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() | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <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() | | | | | | |
| 希望する利用時間 | 利用曜日(希望の曜日に○を付けてください。) <table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td> </tr> </table> | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 利用時間 <input type="checkbox"/> 標準時間(一日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間(一日最大8時間) |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | | |

⑤申請児童と保護者(父・母)の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な税情報や世帯情報の確認に使用します。

| | | |
|------------|------------|------------|
| 申請児童 | 父 | 母 |
| □□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□ |

マイナンバーカードを確認できるものがない場合、市で確認してよいか伺います。 可 不可

(記入上の注意)

・同世帯で2人以上の児童が同時に申請を行う場合、それぞれの児童ごとに1枚の用紙に記入してください。

(留意事項)

保育の必要性の該当事由により、希望する認定が受けられない場合、希望した施設に入れない場合や、利用期間及び利用時間の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知ください。

-----以下は記入しないでください。-----

※こども課記載欄

| | | | | |
|---|--------------------------------------|-------|---|----------------------------|
| 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 | 認定期間(迄) 就学前 令和 年 月 日 |
| 支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由) | 支給(利用)期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 | | | |
| 入所施設名 | 備考 | | | |
| (This area is left blank in the original image) | | | | |