

様式第1号（第5条関係）

施設型給付費等 支給認定申請書 兼
幼稚園・保育所・認定こども園等 利用申込書

年 月 日

保護者氏名

印

丹波篠山市教育委員会 様
（ 管 理 者 様 ）

次のとおり、施設型給付費等に係る支給認定を申請します。

| | | | | |
|--------------|--|--------|-----|--------------|
| 対象となる 子ども | (ふりがな) 氏 名 | 生年月日 | 性別 | 障害者手帳 の有無 |
| | | 年 月 日生 | 男・女 | 有・無 |
| 保護者 | (住所) (連絡先) | | | |
| 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・認定こども園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） | | | |
| | 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） | | | |

①世帯の状況

| 区分 | (ふりがな) 氏 名 | 子ども との 続柄 | 生年月日 | 性別 | 職 業 又は 学校名等 | 前年度分 (当年度分) 市民税課税 の状況 | 備考 |
|---------------------------------|---------------|--------------------------|--------|-----|-------------------|--------------------------------|----|
| 子 ど も の 世 帯 員 | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| 生活保護の適用の有無 | | 適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始) | | | | | |

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 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 利用を希望する 施設（事業者）名 | 施設（事業者）名・希望理由 | |
| | 第1希望 | (希望理由) |
| | 第2希望 | (希望理由) |
| | 第3希望 | (希望理由) |
| | 事業所番号(※) | |

※印の欄は市記載欄ですので記入の必要はありません。

(表面)

③保育の利用を必要とする理由等

| | | | |
|---------------|---|---|---------|
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備考 |
| | | <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）） | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外 | | |
| 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税情報等の提供にあたっての署名欄

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 印

市記載欄

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| 受付年月日 | 年 月 日 | |
| 認定の可否 可・否 （否とする理由） 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 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 年 月 日 至 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"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <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 | | |

施設等記載欄（施設（事業者）を經由して教育委員会に提出する場合）

| | |
|--------------|----------------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 施設（事業者）名 | |
| 担当者氏名 連絡先 | (担当者) (連絡先) |
| 備考 | |

(裏面)