

年 月 日

士別市長 様

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。

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 等の有無
			年 月 日生		男・女	有・無
個人番号	※12桁の個人番号を記入して下さい。					
保護者の居住地及 び連絡先	居住地 〒 連絡先					
認定者番号	※既に認定を受けている場合に記入して下さい。					
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、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園と併願の場合を含む）					
	無 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願の場合を除く）					

(※)

- ・「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。（以下同じ）
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童 との 続柄	生年月日	性別	職業、学 校名等	市町村民税 課税の有無	障害者手帳 等の有無
					個人番号		
申請 に 係 る 小 学 校 就 学 前 子 ど も の 世 帯 員			年 月 日生	男・女		有・無	有・無
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無
			年 月 日生	男・女		有・無	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）					

②利用を希望する期間、希望する施設（事業所）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（事業所）名	施設（事業所）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	

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	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 ()	
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

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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 ㊟

⑤支給認定証の交付申請

支給認定された場合、支給認定証の交付を申請します。 有 無

※市記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
入所の可否	支給（利用）期間	
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)	自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設（事業者）名		
備考		