

# 記入のしかた

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書（兼保育所等利用申込書）

平成 ● 年 ● 月 ● 日

新上五島町長 殿

（保護者氏名） **新上 太郎**

印

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 の有無
	<b>しんかみ じろう 新上 次郎</b> <small>個人番号：●●●●●●●●●●●●●●</small>	<b>平成24年5月5日生</b>	<b>男</b> ・女	有・ <b>無</b>
保護者 住所・連絡先	(住所) <b>新上五島町青方郷1585番地1</b> (連絡先) <b>53-1111</b>			
認定者番号	※既に支給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 (※)	<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)			

記入しないでください。

保育所希望の場合は、有を○で囲んでください。(①②③④の項目を記入すること。)  
幼稚園希望の場合は、無を○で囲んでください。(①②④の項目を記入すること。)

(※)

- ・「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

分らない場合には、役場の方で確認をしますので、記入をしなくてもかまいません。

区分	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) 市町村民税 課税の有無	備考
子どもの世帯員	<b>しんかみ たらう 新上 太郎</b> <small>個人番号：●●●●●●●●●●●●●●</small>	父	<b>昭和55年1月1日生</b>	<b>男</b> ・女	<b>会社員</b>	<b>有</b> ・無	
	<b>しんかみ はるこ 新上 春子</b> <small>個人番号：●●●●●●●●●●●●●●</small>	母	<b>昭和60年3月3日生</b>	男・ <b>女</b>	<b>会社員</b>	<b>有</b> ・無	
	<b>しんかみ なつこ 新上 夏子</b> <small>個人番号：●●●●●●●●●●●●●●</small>	姉	<b>平成20年7月7日生</b>	男・ <b>女</b>	<b>小学生</b>	有・無	
	<b>しんかみ じろう 新上 次郎</b> <small>個人番号：●●●●●●●●●●●●●●</small>	本人	<b>平成24年5月5日生</b>	<b>男</b> ・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	<b>適用無し</b> ・適用有り				(	保護開始)	

希望者が多数の場合は、調整することがありますので、できるだけ第3希望まで記入してください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

利用希望期間	<b>平成30年4月1日</b> から <b>平成31年3月31日</b> 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 <b>青方保育所</b>	(理 由) <b>家から近いため</b>
	第2希望 <b>有川保育所</b>	(理 由) <b>職場から近いため</b>
	第3希望 <b>奈摩保育所</b>	(理 由) <b>実家から近いため</b>
	第4希望	(理 由)
	第5希望	(理 由)

記入しないでください。

○ 「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。

幼稚園を希望する人は、記入する必要はありません。

利用時間は、利用希望施設の開所時間の範囲で、保育の必要性に見合った時間(就労時間+通勤時間など)を記入してください。また、不定期で時間がはっきりしない場合は、主に利用する時間を記入してください。

税情報等の提供に関する同意になりますので、ご確認のうえ、署名・押印してください。

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
	父	<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))	
	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 ( ) (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 checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	<input checked="" type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・ <input checked="" type="checkbox"/> 木・ <input checked="" type="checkbox"/> 金・土		8時から 18時まで
希望する保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間(8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間未満)		

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 **新上 太郎** 印

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が新上五島町ではない世帯員の有無 ( 有 ・ 無 )

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

\*市町村記載欄

受付年月日	平成 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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 )
平成 年 月 日 認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
<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		
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		

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 ( 年 月 日契約(内定) ) ) ・ 無
備考	