

**施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定(新規・変更)申請書
(施設利用申込書)**

申請者(保護者)氏名:



小松島市長 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。 平成 年 月 日

申請に係る小学校 就学前子ども	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無	個人番号
		平成 年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(現住所)				
	(平成29年1月1日時点の住民票所在地) 注) 現住所と同じ場合は記入不要				
	(連絡先) 自宅:		父(携帯):		母(携帯):
認定者番号	注) 既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
保育の希望の有無(※)	有:	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(保育所等と併願の場合を除く)			

※: 「有」の場合は①~④に、「無」の場合は①②④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	同居・別居	職業 又は 学校名等	個人番号
児童の世帯員		父	年 月 日生	男・女	同・別	
		母	年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り(平成 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	平成 年 月 日 から □就学前まで □その他(平成 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		居住地からの距離	※事業所番号
	第1希望	(希望理由)	km	
	第2希望	(希望理由)	km	
	第3希望	(希望理由)	km	
	第4希望	(希望理由)	km	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。
- 文字は楷書ではっきりと書いてください。

裏面に続きます

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	
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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（ ）	
		※就労が理由の方は下記を記入してください。 就労日数： 1か月 日 就労時間： 時 分 ～ 時 分	
	母	<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・看護 <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（ ）	
※就労が理由の方は下記を記入してください。 就労日数： 1か月 日 就労時間： 時 分 ～ 時 分			
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 分 から 時 分 まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

小松島市が施設型給付費・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）及び世帯情報等を閲覧すること、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： ⑩

※小松島市記載欄（記入しないでください。）

受付年月日	平成 年 月 日							
認定の可否 可 ・ 否 （否とする理由） 平成 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 （ <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 自平成 年 月 日 至平成 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）		<table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>書類確認</td> <td>入力</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	受付	書類確認	入力			
受付	書類確認	入力						
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）
入所契約（内定）の有無	有（ 契約・内定（平成 年 月 日 契約（内定）） ） ・ 無
備考	