様式第１号（第４条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等　支給認定申請（認定こども園・保育所申込）書

　　年　　月　　日

（あて先）幕別町長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （保護者） | ふりがな |  | 生年  月日 | 年　　 月　　 日生 |
| 氏名 | 署名または記名押印 |
| 住所 | 〒  幕別町 | 電話番号 | 自宅  父携帯  母携帯 |

裏面の【同意事項】に同意し、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の申請（保育園等の利用申込み）をします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る  小学校就学前子ども | ふりがな  氏名 | | 生年月日 | 保護者との続柄 | 障害者手帳の有無 |
|  | | 年　 　月　　 日生  令和６年４月１日時点（　　歳） |  | 有・無 |
|  | |
| 保育の希望の有無 | 有： | 保護者の労働等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する | | | |
| 無： | 幼稚園、認定こども園（教育部分）の利用を希望する | | | |

①保育の利用を必要とする理由等　　**※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用を  必要とする  理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備考 |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等　□災害復旧  □求職活動　□就学　□虐待・ＤＶ　□育児休業　□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）や、その他の内容を記入 |  |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等　□災害復旧  □求職活動　□就学　□虐待・ＤＶ　□育児休業　□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）や、その他の内容を記入 |  |

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 | |
| 希望する  利用曜日・時間（※1） | 利用曜日 | 利用時間 |
| 曜日から　 　曜日まで | 時　　 分から　　 時　　 分まで |
| 利用を希望する  施設（事業者）名 | 施設（事業者）名・希望理由（※2） | |
| 第1希望 | （希望理由） |
| 第2希望 | （希望理由） |
| 第3希望 | （希望理由） |

（※1）幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

（※2）小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

③世帯の状況

同居・別居問わず、生計が同一である方はすべて記入してください。（利用児童を除く）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | ふりがな  氏名 | 生年月日 | 児童との続柄 | 同居の有無 | 会社名、学校名等 | 市町村民税  課税有無  （※3） |
| 児童の世帯員 |  | 年 　月 　日生 |  | 同・別 |  | 有・無 |
|  |
|  | 年 　月 　日生 |  | 同・別 |  | 有・無 |
|  |
|  | 年 　月 　日生 |  | 同・別 |  | 有・無 |
|  |
|  | 年 　月 　日生 |  | 同・別 |  | 有・無 |
|  |
|  | 年 　月 　日生 |  | 同・別 |  | 有・無 |
|  |
|  | 年 　月 　日生 |  | 同・別 |  | 有・無 |
|  |
| ひとり親世帯等の有無 | | 非該当　・　該当（□ひとり親世帯等　□在宅障がい児（者）のいる世帯） | | | | |
| 生活保護の適用の有無 | | 非該当　・　該当（　　　　年　　月　　日保護開始） | | | | |

（※3）前年度分又は当該年度分の市町村民税が課税されている場合、「有」に○を付けてください。

**【申請にあたっての同意事項】**

　①町が施設型給付費・地域型保育給付費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し、又は取得すること

②①の情報に基づき決定した利用者負担額及び教育・保育給付認定の内容（個人番号を除く）について、利用する施設に提供すること

③町が、給付認定の審査のため、必要に応じ、勤務先に就労状況を確認する等の調査を行うこと

④申請内容が事実と相違した場合には、給付認定を取り消すことがあること

【保護者の方のご記入はここまで】

＊施設記入欄（幼稚園等を経由して町に提出する場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） | |
| 入園契約（内定）の有無 | | 有　（　　　　　年　　　月　　　日　契約 ・ 内定）　・　無 | |
| 備考 | |  | |

＊市町村記載欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所申込みの承諾 | 保育の実施の要否 | 保育の提供期間 | | 保育の必要性基準の番号 |
| 要・否  （理由）  　　年　　月　　日承諾 | 自　　　　年　　月　　日  至　　　　年　　月　　日 | | 両親等：（　　　）、（　　　） |
| 入所保育所 |  | |
| 備　　　考 |  | |

（裏面）