

2022 年 11 月 10 日

(あて先) 幕別町長 様

※西暦・和暦どちらでも構いません

申請者 (保護者)	ふりがな	まくべつ たろう	生年月日	1986 年 8 月 20 日生
	氏名	幕別 太郎 <small>署名または記名押印</small>		
	住所	〒 089-0000 幕別町 ○○町○○番地	電話番号	自宅 0155-00-0000 父携帯 090-0000-0000 母携帯 080-0000-0000

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	まくべつ さくら 幕別 桜	生年月日	2017 年 5 月 10 日生 令和5年4月2日時点（5歳）	保護者との続柄	子	障害者手帳の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	保育の希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	保育の利用を必要とする具体的な状況（父、母の勤務状況等）をご記入ください。 <small>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</small>
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 (株)○○○○に勤務、月曜日～金曜日 8:00～20:00	
母	<input checked="" 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 △△△(株)に勤務、月曜日～金曜日 9:00～16:00		

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	2023 年 4 月 1 日 から 2024 年 3 月 31 日まで	
希望する 利用曜日・時間（※1）	利用曜日	利用時間
	月 曜日から 金 曜日まで	8 時 30 分から 16 時 30 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 ○○○保育所	(希望理由) 自宅に近い
	第2希望 △△△保育所	(希望理由) 勤務先に近い
	第3希望 ◆◆◆保育所	(希望理由) 通勤途中にある

(※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、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	まくべつ たろう 幕別 太郎	1986年8月20日生	父	<input checked="" type="radio"/> 同・別	(株)〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	まくべつ ももこ 幕別 桃子	1988年3月7日生	母	<input checked="" type="radio"/> 同・別	△△△△(株)	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	まくべつ ひかる 幕別 光	2014年1月24日生	兄	<input checked="" type="radio"/> 同・別	□□小学校	有 <input checked="" type="radio"/> 無
	まくべつ あきお 幕別 昭夫	1952年10月21日生	祖父	<input checked="" type="radio"/> 同・別	無職	有 <input checked="" type="radio"/> 無
		年 月 日生				有・無
		年 月 日生		同・別		有・無
	ひとり親世帯等の有無	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	(担当者)
連絡先	(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)	自 年 月 日 至 年 月 日	両親等:()、()
	年 月 日承諾	入所保育所 備考	

(裏面)