

施設型給付費 支給認定申請書 兼 認定こども園・保育所 入園申込書

串本町長 宛

令和 6 年 11 月 15 日

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定等を申請します。

| | | | | | |
|--------|---|---|------|---|-----------------------|
| 申請児童 | 氏名 | 生年月日 ※年齢はR7.4.1現在 | 性別 | 保護者との続柄 | 認定者番号 ※記入の必要はありません |
| | (ふりがな) くしもと たろう 串本 太郎 個人番号: 123456789012 | 平成 6年1月1日生 (令和) (1歳3カ月) | 男・女 | 子 | |
| 保護者 | 氏名 父 | (ふりがな) くしもと まぐとる 串本 鮪土耳其 個人番号: 234567890123 | 氏名 母 | (ふりがな) くしもと みさきこ 串本 岬子 個人番号: 345678901234 | |
| | 住所 | 串本町サコ台690番地5 | | | |
| | 連絡先 | 自宅電話: 62-0555 父携帯: 090-1234-5678 母携帯: 090-5678-1234 | | | |
| 希望する形態 | <input type="checkbox"/> : 1号認定 教育標準時間認定 <input type="checkbox"/> : 2号認定 満3歳以上・保育認定 <input checked="" type="checkbox"/> : 3号認定 満3歳未満・保育認定 | | | | |

1. 利用を希望する施設名、期間等

| | | |
|-------------|----------------------------------|----------------------|
| 利用を希望する施設名 | 施設名・希望理由 | |
| | 第1希望 ○○こども園 | 希望する理由: 保育内容が良い |
| | 第2希望 □□こども園 | 希望する理由: 自宅に近い |
| 利用を希望する期間 | 令和 7年 5月 1日 から 令和 年 月 日・小学校就学前まで | |
| 希望する利用曜日・時間 | 利用曜日(*) | 利用時間 |
| | 月曜日 から 金曜日 まで | 8時 30分 から 17時 00分 まで |

(*) 『希望する利用曜日』欄は、各施設の開設状況により記入願います。

2. 世帯の状況

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--------------------|--------------------|-----|--------|----------------|--------------|
| ひとり親世帯等の場合 | <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居中(離婚協議中・裁判中・どちらでもない) | | | | | | |
| 在宅障がい児(者)のいる世帯 | 無・有(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) | | | | | | |
| 生活保護の適用の有無 | 無・有(平成・令和 年 月 日保護開始) | | | | | | |
| 区分 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 R7.4.1 現在 | 性別 | 児童との続柄 | 勤務先名又は 学校名等 | 勤務先の連絡先 |
| 保護者欄の方 | 串本 鮪土耳其 | S H R 59・5・3 | 40 | 男・女 | 父 | 古座病院 | 0735-00-0000 |
| | 串本 岬子 | S H R 61・4・1 | 39 | 男・女 | 母 | コンビニ | 0735-00-0000 |
| 世帯員 | 串本 花子 個人番号: 456789012345 | S H R 2・2・9 | 5 | 男・女 | 姉 | ○○こども園 | |
| | 串本 太郎 個人番号: 567890123456 | S H R 6・1・1 | 1 | 男・女 | 本人 | | |
| | 個人番号: | S H R . . | | 男・女 | | | |
| | 個人番号: | S H R . . | | 男・女 | | | |
| 令和6年 1月1日 の住所 | 1. 現在と同じ 2. 前住所 ○○県○○市○○町○○番地 (住所変更日 令和6年 10月 1日) | | | | | | |

3. 申請児童の情報

| | |
|--------------------------|---|
| 障害者手帳の情報 | <input checked="" type="radio"/> 無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳） |
| アレルギー情報 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有（ <input type="checkbox"/> えびアレルギー） |
| その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入 | アトピー・ぜんそく・その他（ <input type="checkbox"/> ） 主な症状（ <input type="checkbox"/> ） |
| 健診での指導事項 | <input checked="" type="radio"/> 無・有（ <input type="checkbox"/> ） |
| 通院・入院の有無 | 【通院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有（内容 <input type="checkbox"/> ） 【入院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有（内容 <input type="checkbox"/> ） |
| 子育て関係機関への相談 | <input checked="" type="radio"/> 無・有（子育て支援室・保健センター・児童相談所・その他） 相談内容（ <input type="checkbox"/> ） |
| 現在の保育状況 | 母（産休育休・求職中・その他） 祖父母（父方・母方） 施設（施設名 <input type="checkbox"/> ） |

4. 保育の利用を必要とする理由等（2号、3号認定を希望する場合のみ）

| 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 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 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 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。 | |
| 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 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 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。 | | |

5. 祖父母の情報（2号、3号認定を希望する場合のみ）

| | | 同居・別居の別 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 就労状況 |
|----|----|--|--------|----|--------------|--|
| 父方 | 祖父 | <input checked="" type="radio"/> 同居・別居・他 | 串本 一郎 | 65 | 串本町サコ台690番地5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 祖母 | <input checked="" type="radio"/> 同居・別居・他 | 串本 和歌子 | 60 | 串本町サコ台690番地5 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 母方 | 祖父 | 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居・他 | 古座 岩男 | 70 | 串本町西向359番地 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | 祖母 | 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居・他 | 古座 海子 | 68 | 串本町西向359番地 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |

6. 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設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 **串本 鮪土耳**

・同一世帯から2人以上の児童が申請を行う場合は、児童1人につき1枚ずつ記入してください。

----- 【記入はここまで】 -----

*市町村記入欄

| | |
|-------|----------|
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

| | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| 認定 担当者 | | 入力 担当者 | |
|-----------|--|-----------|--|

| 認定の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
|--|------------|---|
| 可・否（否とする理由） 令和 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) |
| 支給（入所）の可否 | 支給（利用）期間 | |
| 可・否（否とする理由） | 自 令和 年 月 日 | 至 令和 年 月 日 |
| 入所施設名 | | |
| <input type="checkbox"/> くしもとこども園 <input type="checkbox"/> 上野山こども園 <input type="checkbox"/> 潮岬こども園 | | |

(裏面)

施設型給付費 支給認定申請書 兼 認定子ども園・保育所 入園申込書

串本町長 宛

令和 年 月 日

記入方法

認定子ども園（2号認定、3号認定）を希望される場合は、すべての項目に記入願います。

認定子ども園（1号認定）への入園を希望される場合は、表面のA～E及び裏面のFとIに記入願います。

④ 利用を希望する施設名、認定区分、期間、曜日・時間、保育必要量を記載してください。

- 〔施設名〕
 ◎認定子ども園
 くしもと子ども園
 潮岬子ども園
 上野山子ども園

(*) 『希望する利用曜日』欄は、各施設の開設状況により記入願います。

※ 利用を希望する期間は、小学校就学始期に達するまでのうち、施設の利用を希望する期間を記載してください。

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定等を申請します。

| | | | | | |
|--------|--|-------------------------|------|---------|-----------------------|
| 申請児童 | 氏名 | 生年月日 ※年齢はR7.4.1現在 | 性別 | 保護者との続柄 | 認定者番号 ※記入の必要はありません |
| | (ふりがな) | 平成 年 月 日生 令和 (歳 月) | 男・女 | | |
| 個人番号: | | | | | |
| 保護者 | 氏名 | 父 | 母 | | |
| | (ふりがな) | | | | |
| | 個人番号: | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 連絡先 | 自宅電話: | 父携帯: | 母携帯: | | |
| 希望する形態 | <input type="checkbox"/> : 1号認定 教育標準時間認定 <input type="checkbox"/> : 2号認定 3歳以上・保育認定 <input type="checkbox"/> : 3号認定 2歳未満・保育認定 | | | | |

① 入園を希望する児童の氏名、生年月日、性別、個人番号等を記載してください。
(認定者番号の記入は不要です。)

② 申請される保護者の方の氏名、住所、電話番号、個人番号を記載してください。

③ 希望する形態の“□”に“✓(チェック)”を入れて入れてください。

⑤ 世帯の状況を記載してください。
 児童の世帯員欄には、同居されている全ての方について、氏名、生年月日、勤務先、個人番号等を記載願います。
 また、令和5年1月1日現在の住所を記載願います。

1. 利用を希望する施設名、期間等

| | | |
|-------------|-------------------------------|---------------|
| 利用を希望する施設名 | 第1希望 | 施設名・希望理由 |
| | 第2希望 | 希望する理由 |
| 利用を希望する期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日・小学校就学前まで | |
| 希望する利用曜日・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 |

(*) 『希望する利用曜日』欄は、各施設の開設状況により記入願います。

2. 世帯の状況

| | |
|----------------|--|
| ひとり親世帯等の場合 | <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居中(離婚協議中・裁判中・どちらでもない) |
| 在宅障がい児(者)のいる世帯 | 無・有(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) |
| 生活保護の適用の有無 | 無・有(平成・令和 年 月 日保護開始) |

| 区分 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 R7.4.1 現在 | 性別 | 児童との続柄 | 勤務先名又は学校名等 | 勤務先の連絡先 |
|-----|-------|-------------|--------------------|----|--------|------------|---------|
| 世帯員 | 個人番号: | S H R | ・ | ・ | 男・女 | | |
| | 個人番号: | S H R | ・ | ・ | 男・女 | | |
| | 個人番号: | S H R | ・ | ・ | 男・女 | | |
| | 個人番号: | S H R | ・ | ・ | 男・女 | | |

| | |
|-------------|---|
| 令和6年1月1日の住所 | 1. 現在と同じ 2. 前住所 (住所変更日 令和 年 月 日) |
|-------------|---|

⑥ 申請児童の情報を記載してください。
() 内には、内容を記載してください。

3. 申請児童の情報

| | |
|--------------------------|---|
| 障害者手帳の情報 | 無・有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) |
| アレルギー情報 | 無・有 () |
| その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入 | アトピー・ぜんそく・その他 () 主な症状 () |
| 健診での指導事項 | 無・有 () |
| 通院・入院の有無 | 【通院】無・有 (内容) 【入院】無・有 (内容) |
| 子育て関係機関への相談 | 無・有 (子育て支援室・保健センター・児童相談所・その他) 相談内容 () |
| 現在の保育状況 | 母 (産休育休・求職中・その他) 祖父母 (父方・母方) 施設 (施設名) |

F

4. 保育の利用を必要とする理由等 (2号、3号認定を希望する場合のみ)

| 続柄 | 必要とする理由 | | 備考 |
|---------------|---|---|----|
| | 父 | 母 | |
| 保育の利用を必要とする理由 | <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <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 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。</small> | <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <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 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。</small> | |

G

⑦ この欄は、表面の希望する形態欄で1号認定以外に✓ (チェック) を入れた方のみ記入してください。
保育の利用を必要とする理由は、該当するすべての“□”に“✓ (チェック)”し、その具体的な状況について記載してください。

⑧ 申請児童の祖父母の情報を記載してください。

5. 祖父母の情報 (2号、3号認定を希望する場合のみ)

| | | 同居・別居の別 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 就労状況 |
|----|----|---------|----|----|----|---|
| 父方 | 祖父 | 同居・別居・他 | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 祖母 | 同居・別居・他 | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 母方 | 祖父 | 同居・別居・他 | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 祖母 | 同居・別居・他 | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

H

6. 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設給付費の支給認定に必要な市町村民の世帯情報 (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に対して、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

I

⑧ 記載内容をご確認いただき、署名してください。

・同一世帯から2人以上の児童が申請を行う場合は、児童1人につき1枚ずつ記入してください。
----- 【記入はここまで】 -----

*市町村記入欄

| | | | |
|--|----------|--------------------------|---|
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 | 認定担当者 | 入力担当者 |
| 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) |
| 令和 年 月 日認定 | | 支給 (入所) の可否 | |
| 可・否 (否とする理由) | | 支給 (利用) 期間 | |
| | | 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 | |
| 入所施設名 | | | |
| <input type="checkbox"/> くしもとこども園 <input type="checkbox"/> 上野山こども園 <input type="checkbox"/> 潮岬こども園 | | | |

(裏面)