

## 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書（入所申込書）

年 月 日

高山村長 様

子ども・子育て支援法第20条の規定により、支給認定を次のとおり申請します。

併せて、児童福祉法第24条第3項に基づく利用に係る調整及び要請並びに保育所における保育を申し込みます。

また、この申請書等及び添付書類の写しを利用内定の施設に送付すること、並びに支給認定、利用調整及び利用者負担額の決定に関して課税情報(同居者を含む。)及び世帯情報を閲覧することに同意します。

保護者 住所・連絡先	(住所)	氏名			
	(連絡先)	個人番号			

なお、上記の申請及び個人番号の提供について、下記のものに委任します。(※上記の申請者が申請に来られない場合はご記入ください。)

受任者(提出者) 住所・連絡先	(住所)	氏名			
	(連絡先)	申請者との関係			

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日	年齢	性別	障害の有無
	(ふりがな)	年 月 日		男・女	有・無
	個人番号				

認定者番号 ※すで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)

- ・「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。
- ・「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①～③に、「無」を○で囲んだ場合は、①,②に必要事項を記入してください。

### ①世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日 個人番号	年齢	性別	職 務 先 学 校 学 年 等	前年度(当年度分)市町村 民 税 課 税 の 有 無	備考
児 童 の 世 帯 員			年 月 日 個人番号		男・女		有・無	
			年 月 日 個人番号		男・女		有・無	
			年 月 日 個人番号		男・女		有・無	
			年 月 日 個人番号		男・女		有・無	
			年 月 日 個人番号		男・女		有・無	
			年 月 日 個人番号		男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り( 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	年 月 日から 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	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	事業所番号※	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。※印の欄は村記載欄ですので、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
		<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))	
		<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 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

※村記載欄

受付年月日	年 月 日	
認可の可否 (否とする理由)	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)
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 年 月 日 至 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 )		
個人番号の記載	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
①番号確認事項	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等	<input type="checkbox"/> 無
②身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書(運転免許証) <input type="checkbox"/> その他書類2つ	<input type="checkbox"/> 無
備考		

※ 施設記載欄(施設(事業者)を經由して市町村に提出する場合)

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