

(第 号様式)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(兼入所申込書)

年 月 日

保護者氏名

鹿島市長 様

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日	年 齢	性 別
	(ふりがな)			
保護者住所				
連 絡 先	自 宅 電 話 番 号	—	—	
	携 帯 番 号 ( )	—	—	
	携 帯 番 号 ( )	—	—	
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
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・認定こども園において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願の場合を含む)			
	無 : 幼稚園・認定こども園の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			

①世帯の状況 ※同住所に住んでいる人全員について記入して下さい。別居の父母の方は 備考欄に住所を記入して下さい。

区分	氏 名	児童 との 続柄	生年月日	年 齢	性 別	勤務先又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税額	備 考
児童の世帯員			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
家庭の状況(※該当がある場合のみ)			□ひとり親家庭 □障がい児(者)同居世帯(名前 )					
生活保護の適用(※該当がある場合のみ)			年 月 日 保護開始					
過去1年以内の住所変更(※該当がある場合のみ)			( 年 月 日転居) 旧住所 県 市・郡 町					

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			事業所番号
	第1希望		(希望理由)	
	第2希望		(希望理由)	
	第3希望		(希望理由)	

(表面)

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・認定こども園において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

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"/> 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"/> 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)]	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時から 時まで
保育料滞納状況	有 ・ 無		
支給認定証の交付希望	有 ・ 無		

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付金・地域型保育給付等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。また、保育料の滞納が生じた場合は、保育所運営事務等に従事する職員が、納付義務者等に対して保育料徴収事務(質問、訪問等)を行うことに同意します。

保護者氏名

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		認定者番号	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由) 平成 年 月 日認定			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間 )
入所施設(事業者)名、支給(入所)の可否			支給(利用)期間
施設(事業者)名 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 )			自 年 月 日  至 年 月 日
備考			

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

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		

\*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

(裏面)