

(表)  
施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

※ No.	—
※ No.	—
※ No.	—

年 月 日  
保護者 住所 大府市 町  
氏名  
電話番号

大府市長 殿

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。

① 申請に係る小学校前子ども	(ふりがな)	同一施設に入所している兄弟氏名
	年 月 日生 ( 歳)	
② 保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 保護者が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	
	<input type="checkbox"/> 無 幼稚園等の利用を希望する場合	
注 「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」：幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。 「無」を選択した場合は、⑤の記入は必要ありません。		
③ 利用を希望する施設(事業者)名	第1希望 (希望理由)	
	第2希望 (希望理由)	
	第3希望 (希望理由)	
④ 利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
⑤ 保育の理由	<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"/> その他 ( ) (具体的状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
⑥ 希望する利用時間	平日 午前 時 分から 午後 時 分まで 土曜日 午前 時 分から 午後 時 分まで	⑦ 延長保育の希望の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

○世帯の状況

区分	ふりがな氏名	生年月日	続柄	勤務先及電話番号	課税の有無		備考
					前年度分市町村民税	前年度分所得税	
⑧ 児童の世帯員		・	父		有 ・ 無	有 ・ 無	同居・別居
		・	母		有 ・ 無	有 ・ 無	同居・別居
		・			有 ・ 無	有 ・ 無	
		・			有 ・ 無	有 ・ 無	
		・			有 ・ 無	有 ・ 無	
⑨ 祖父母の状況	父方	同居・別居別	氏名	年齢	就労の有無	住所(同居の時不要)	
		祖父			有・無		
	母方	祖父			有・無		
		祖母			有・無		
⑩ 令和3年1月1日現在の住所							
⑪ 生活保護又は支援給付の適用の有無		<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日開始) ・ <input type="checkbox"/> 無					

※印の欄には、記入する必要はありません。

税情報等の提供にあたっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費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。

保護者氏名

(裏)

子どもの状況	同居の祖父母の状況
<u>入所を希望する子どもより年少の子どもの状況</u> 1 実家等親族に預けている。 2 近隣の知人に預けている。 3 家族が保育に当たっている。 4 認可外保育施設に預けている。 5 その他 ( )	対象者65歳未満の祖父母で子どもの保育ができない場合は、その理由を書いてください。 <u>祖父</u>  <u>祖母</u>

支給認定証の交付を希望しない場合はチェックしてください。

※ 下の表は記入しないでください。

※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
<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否 (否とする理由)  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)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 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	
入所施設(事業者)名		
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 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(契約・内定( 年 月 日契約(内定))) ・ <input type="checkbox"/> 無
備考	