

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(入園申込書) 兼 児童台帳

年 月 日

(保護者氏名) _____

岐阜県瑞浪市長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

子ども	氏名		認定者番号	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)		※既に支給認定を受けている場合に記入してください。	年 月 日	男・女	有・無
	個人番号					
保護者	(住所) 岐阜県瑞浪市		連絡先1 () - ()			
住所・電話番号	1月1日時点の住所(4月～8月入園の方は前年、9月～3月入園の方は本年) <input type="checkbox"/> 瑞浪市内 <input type="checkbox"/> 瑞浪市外 (県 市・郡 町・村 番地)					
保護者の配偶者等	※上欄と異なる場合に記入 (住所) 岐阜県瑞浪市		連絡先2 () - ()			
住所・電話番号	1月1日時点の住所(4月～8月入園の方は前年、9月～3月入園の方は本年) <input type="checkbox"/> 瑞浪市内 <input type="checkbox"/> 瑞浪市外 (県 市・郡 町・村 番地)					
希望する施設	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園(保育部) ・ <input type="checkbox"/> 幼稚園(教育部)					

※保育園・幼稚園(保育部)を選んだ場合は①～④に、幼稚園(教育部)を選んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業または学校名(学年)等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	障害者手帳の有無
子どもの世帯員	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号						
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号						
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号						
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号						
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号						
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始)						
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外						

②利用を希望する期間、希望する園名

利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する園名	園名・希望理由		事業所番号*
	第1希望	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 (理由) <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	第2希望	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 (理由) <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	第3希望	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 (理由) <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他 ()	

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園・幼稚園（保育部）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。

		続柄	必要とする理由	備考
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"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 月曜日 から <input type="checkbox"/> 金曜日 まで	<input type="checkbox"/> 土曜日	<input type="checkbox"/> 6時30分 <input type="checkbox"/> 16時30分 <input type="checkbox"/> 7時30分 から <input type="checkbox"/> 18時30分 まで <input type="checkbox"/> 8時30分 <input type="checkbox"/> 19時30分 <input type="checkbox"/> 日曜日・祝日 <input type="checkbox"/> 21時00分	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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 _____
 保護者氏名 _____

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。＊印の欄は市町村記載欄ですので、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。

*市町村記載欄

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) 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)
支給の可否		支給(利用)期間
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
利用施設(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)		
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 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備 考	