

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書(兼 施設等利用申込書)

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ ㊞

魚沼市教育委員会 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。(施設等の利用につき申し込みます。)

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--------------------------------|--|-----|
| 申請に係る 小学校就学前 子ども | ふりがな 氏名および個人番号 | | 生年月日 | | 性別 |
| | | | 平成 年 月 日生 (H31.4.1現在の年齢: 歳) | | 男・女 |
| | * * * * * | | | | |
| 保護者 | 魚沼市 | | | | |
| 住所・連絡先 | 電話番号: _____ | | 自宅・父携帯・母携帯・他() | | |
| | 平成30年1月1日現在の住所 | | 魚沼市内・魚沼市外() | | |
| 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(保育園との併願の場合を除く) | | | |
| 支給認定証 の交付希望 | 支給認定を受けると「支給認定決定通知書」を交付します。別途、支給認定証が必要な場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 (支給認定証、支給認定決定通知書の記載内容は同じです。) <input type="checkbox"/> 支給認定証の交付を希望する。 | | | | |

(※)「保育所等」とは、保育園、認定こども園(保育部分)、地域型保育事業(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①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

① 同居の世帯員

| 区分 | ふりがな 氏名および個人番号 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 職業(勤務先)又は学校名等 |
|--------------------|-------------------|----|----------------|-----|---------------|
| 申請児童 以外の 世帯員 | | 父 | 昭・平 . . | 男 | |
| | * * * * * | | | | |
| | | 母 | 昭・平 . . | 女 | |
| | * * * * * | | | | |
| | | | 明・大 昭・平 . . | 男・女 | |
| | * * * * * | | | | |
| | | | 明・大 昭・平 . . | 男・女 | |
| | * * * * * | | | | |
| | | | 明・大 昭・平 . . | 男・女 | |
| | * * * * * | | | | |

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 | 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 まで |
| 利用を希望 する施設名 (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) |

③ 世帯の状況

| | | |
|--------|---|---|
| 世帯の状況 | 下記のいずれかに <input type="checkbox"/> 該当する (該当する項目にチェック) <input type="checkbox"/> 該当しない | |
| | ひとり親家庭 | <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 在宅障害児(者)のいる世帯 (申請児童を含む) | 障害者氏名 () 申請児童との続柄 () |
| | | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金を受給 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給 ※チェックした手帳、証書の写しを添付してください。 |
| | 生活保護 | 開始日 平成 年 月 日 |
| 里親委託制度 | <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用予定 (平成 年 月 日) | |

④ 保育の利用を必要とする理由等 ※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等 | 続柄 | 必要とする事由 | |
| | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> 育休中で保育利用中 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 希望する利用時間 | 母 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> 育休中で保育利用中 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 利用希望時間 | 時 分から 時 分まで | 利用希望曜日 月・火・水・木・金・土・(日※) <small>※休日保育は小出保育園のみ実施</small> |
| 希望する保育必要量 <small>※保護者の就労状況等により認定します。</small> | <input type="checkbox"/> 保育標準時間 (1日11時間まで) を希望 <input type="checkbox"/> 保育短時間 (1日8時間まで) を希望 | | |

⑤ 個人情報等の提供に当たっての署名欄 ※署名捺印を忘れずをお願いします。

○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し、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。

○支給認定申請において個人番号(マイナンバー)を担当課が確認することに同意します。

○児童の健康状況等について関係機関(魚沼市健康課等)へ照会することに同意します。

保護者氏名 (印)

⑥ 児童の状況 ※該当する項目にチェックし、内容等を記入してください

1 健康状態について

・病気、事故の後遺症、障害の有無 無 有

内容 ()

・療育教室等の利用の有無 無 有 (内容)

・アレルギーの有無 無 有 (内容)

2 その他(保育に注意や配慮してほしいことなどをご記入してください。)

.....

.....

.....

* 市記入欄 * 以下は記入しないでください

| | | | | |
|-------------|--------|----------|---|-------|
| 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 | |
| 年 | 月 日 認定 | | (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短) | |
| 支給 (入園) の可否 | | 入所施設名 | 支給 (利用) 期間 | |
| 可 | 否 | (否とする理由) | (自) | 年 月 日 |
| | | | (至) | 年 月 日 |