

※子ども・子育て支援新制度に伴い、入園を希望する子ども1人につき1枚ずつ必要です。記入例をよく読んで記入してください。

【記入例】

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名 鳥羽 浩 印

鳥羽市長 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。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな)氏名 とば しょうた 鳥羽 翔太	生年月日 令和〇年〇月〇日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
保護者住所・連絡先	(住所) 鳥羽市鳥羽〇丁目〇-〇 (連絡先) 0599-〇〇-〇〇〇〇			
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、保育所等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。(以下同じ)
- 「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」を〇で囲んだ場合は①~④に、「無」を〇で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

申し込みに係る児童からみた続柄を記入してください。

区分	(ふりがな)氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
児童の世帯員	とば ひろし 鳥羽 浩	父	H〇年〇月〇日生	男・女	自営業 個人番号 999999999999	有・無	
	とば ようこ 鳥羽 陽子	母	H〇年〇月〇日生	男・女	無職 個人番号 999999999999	有・無	出産予定
	とば きよし 鳥羽 清	祖父	S〇年〇月〇日生	男・女	自営業	有・無	
	とば かずこ 鳥羽 和子	祖母	S〇年〇月〇日生	男・女	無職	有・無	
	とば さくら 鳥羽 さくら	妹	R〇年〇月〇日生	男・女	〃	有・無	

小学校就学前までの期間となります。

適用無し・適用有り(平成 年 月 日保護開始)

3歳児: 令和10年3月31日まで

4歳児: 令和9年3月31日まで

5歳児: 令和8年3月31日まで

利用する施設(事業者)名

令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで

施設(事業者)名・希望理由	事業所番号*
第1希望 かもめ幼稚園 (希望理由)	
第2希望 (希望理由)	
第3希望 (希望理由)	

- 〇 「記入上の注意」をよく読んでから記入してで、記入する必要はありません。
- 〇 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

鳥羽市はかもめ幼稚園のみですので、希望理由の記入は不要です。

③保育の利用を必要とする理由等

記入の必要はありません。

※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
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 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))	
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 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	☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 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	時から 時まで	

必ず署名、押印をお願いします。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村()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()情報(同一世帯者を担額について、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

鳥羽 浩

印

* 市町村記載欄

点線より下は記入不要です。

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (口標 口短)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) [☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型]	自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名	
[☐ 認定こども園(口連 ☐ 幼(口幼 口保) ☐ 保(口保 口幼) ☐ 地(口幼 口保)) ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型(口小 口家 口居 口事)]	
備考	

* 施設記載欄(施設(事業者)を経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)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	