

支給認定申請書兼現況届

年 月 日

始良市福祉事務所長 殿

保護者氏名

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。

保護者 住所・連絡先	現住所 始良市	連絡 先	自宅 (- -)	
	申請日の属する 年の1月1日現在 の住所		始良市内・始良市外 ()	父携帯・母携帯・その他 (- -)
				父携帯・母携帯・その他 (- -)

申請に係る小 学校就学前子 ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
		年 月 日生	男・女	無・有 (級)
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。			
1 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)			
利用希望期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
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	

申請に係る小 学校就学前子 ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
		年 月 日生	男・女	無・有 (級)
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。			
2 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。)			
利用希望期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
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	

申請に係る小 学校就学前子 ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
		年 月 日生	男・女	無・有 (級)
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。			
3 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)			
利用希望期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
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。

① 世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	障害	職業又は学校名等	備考
子どもの世帯員			年 月 日生	男・女	有・無		
			年 月 日生	男・女	有・無		
			年 月 日生	男・女	有・無		
			年 月 日生	男・女	有・無		
			年 月 日生	男・女	有・無		
			年 月 日生	男・女	有・無		

生活保護の適用の有無 適用無 適用有 (年 月 日保護開始)

家庭の状況 ひとり親家庭 ひとり親家庭以外

② 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

③ 同居障がい者の状況

該当者 氏名 ()

身体障害者手帳 () 級

療育手帳 (A・B)

精神障害者保健福祉手帳 () 級

特別児童扶養手当受給

国民年金の障害基礎年金受給

* 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) 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(入所)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 至	年 月 日 年 月 日
入所施設(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		
受付年月日	年 月 日	

(*) 1号認定の場合

階層の認定	年分市民税額		年分市民税額		市階層区分 (国階層区分)	()
父 ()	所得割 円	所得割 円			多子入所に係る 軽減措置区分	1人目・2人目・3人目以降
	均等割 有・無	均等割 有・無				
母 ()	所得割 円	所得割 円			県多子世帯保育 料等軽減事業	1人目・2人目・3人目以降
	均等割 有・無	均等割 有・無				
計	所得割 円	所得割 円				

* 施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

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		