

支給認定申請書兼現況届

申込みする子どもの保護者の氏名を記入。

始良市

住所は、マンション名・号室まで記入

保護者氏名 始良 一郎

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 宮島町〇〇番地〇〇 〇〇マンション 〇〇号室	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（ （ - - ）

申請日の属する年の1月1日現在で、始良市外に住んでいた場合は、その住んでいた市町村名を記入

申込みする子どもの氏名・生年月日・性別を記入

申請に係る小児	(ふりがな) 氏名 始良 太郎	生年月日 H28年8月1日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 無・有（ 級）
※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。				
の有無(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む） <input type="checkbox"/> 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	R 3年4月1日 から R 5年3月31日 まで			
希望する利用時間	利用曜日 月曜日から 土曜日 まで		利用時間 7時から 18時 まで	

保育を希望する場合は有、幼稚園を希望する場合は無を○で囲む

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日 年 月 日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 無・有（ 級）
※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(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 曜日から 曜日 まで		利用時間 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 年 月 日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 無・有（ 級）
※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(※)	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 曜日から 曜日 まで		利用時間 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	始良 一郎	父	S 5 3年6月10日生	男	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	(株)〇〇会社	
	始良 一子	母	S 5 4年8月23日生	女	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	(株)〇〇会社	
	始良 一男	祖父	S 3 1年1月25日生	男	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	(株)〇〇会社	障害の有無で「有」の場合は「③同居障がい者の状況」欄もご記入ください。
	始良 長朗	兄	H 1 9年4月5日生	男	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	〇〇小学校	
	始良 長子	姉	H 2 5年7月12日生	女	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	〇〇小学校	
申込みする子どもの世帯員の氏名・子どもとの続柄・生年月日・職業等を記入（申込みする子どもの記入の必要はありません）							日保護開始)
生活保護の適用 家庭の状況 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭以外							

②税情報等
市が施設型及び世帯情報を育施設等に対して提示するに同意します。

申込みする子どもの保護者（父）の氏名を記入。
 保護者氏名 **始良 一郎**

申込みする子どもの保護者（母）の氏名を記入。
 保護者氏名 **始良 一子**

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 (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) [<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		
(<input type="checkbox"/> 認定こども園(口連 <input type="checkbox"/> 幼(口幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(口保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(口幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(口小 <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		
	均等割 有・無	均等割 有・無		
計	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

* 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	