

※第 号

## 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利用申込書

志木市福祉事務所長 様

保護者氏名

※支給認定証・納入通知書の宛名となります。

 新規申請
  転園申請
  継続申請
  幼稚園併願
  幼稚園のみ

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及び保育施設の利用を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	かな氏名	生年月日		平成・令和	年	月	日生	障がい者手帳の有無
	漢字氏名	性別	男・女	保護者との続柄				有・無
保護者住所・連絡先	住所	志木市			クラス	年齢		
	電話番号	( )		平成31年1月1日現在の住所	志木市内・志木市外			
携帯番号(父・母・)	( )		携帯番号(父・母・)	( )				
認定者番号	※既に付番されている場合に記入して下さい。							
保育の希望の有無	有 : 保護者の就労又は疾病等の理由により、保育園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(保育園等との併願の場合を除く)							

・「保育園等」とは、保育園、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○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④⑤に必要な事項を記入して下さい

## ①世帯の状況

児童の世帯員(本人を除く)	かな氏名	児童との続柄	生年月日(和暦)	性別	職業又は学校名等	別世帯の場合	マイナンバー記載欄
		漢字氏名		. .	男・女		<input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他( )
			. .	男・女		<input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他( )	
			. .	男・女		<input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他( )	
			. .	男・女		<input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他( )	
			. .	男・女		<input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他( )	
			. .	男・女		<input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他( )	

生活保護の状況 適用なし 適用あり( 年 月 日から) 廃止( 年 月 日まで)

## 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	令和 年 月 1 日 から	就学前まで 令和 年 月 末日 まで
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名	
	①	⑥
	②	⑦
	③	⑧
	④	⑨
⑤	⑩	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。\*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下さい。

(表面)

**③保育の利用を必要とする理由等**

※保護者の就労又は疾病等の理由により保育園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
		<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"/> 虐待・DV、 <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"/> 虐待・DV、 <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))		
母親の状況	現在 ( <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠していない ) 妊娠中の場合( 出産予定日 年 月 日 )			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ( 離婚・未婚・死亡・失踪・その他( ) ) ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			
短時間保育希望の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ( ※保護者の 労働、疾病等の状況により選択してください。 )			
保育の利用を希望する時間等	希望する曜日	希望利用時間		備考
	<input type="checkbox"/> 平日 (月～金曜日)	時 分	～ 時 分まで	
	<input type="checkbox"/> 土曜日	時 分	～ 時 分まで	

**④税情報等の提供にあたっての署名欄**

市が施設型給付費・地域型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や提出された就労証明書・診断書等について、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。

保護者署名

**⑤保育料に関する誓約書**

・特定教育・保育施設等に入園(所)した際は、規定を守り、保育料は期日までに納入することを誓います。

保護者署名

~~~~~**記入はここまで**~~~~~

**\*市記入欄**

|       |          |
|-------|----------|
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 受付者氏名 | 受付者氏名 | 確認者氏名 |
|       |       |       |
| 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 | 令和 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 (令和 年 月 日契約 (内定)) ) ・ 無 |       |
| 備考          |                                     |       |

(裏面)