

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)

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・地域型保育給付費等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
			年 月 日生 (R6.4.1現在の年齢: 歳)	男・女
	* * * * * * * * * * * * * * * *			
保 護 者 住所・連絡先	魚沼市			
	電話番号:	— — 自宅・父携帯・母携帯・他( )		
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、 <u>保育所等</u> 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	<u>幼稚園等</u> 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		
	* * * * * * * * * * * * * * * *					
				. .	男・女	
	* * * * * * * * * * * * * * * *					
				. .	男・女	
	* * * * * * * * * * * * * * * *					
				. .	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	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日
里親委託制度	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用予定 ( 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事由等	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、第二たんぼ保育園で実施</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(魚沼市教育委員会事務局子ども課)へ照会することに同意します。

保護者氏名

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

<b>1 健康状態について</b>	
・病気、事故の後遺症、障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
内容 ( )	
・療育教室等の利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 )
・アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 )
<b>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。)</b>	

\* 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