

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 (R7.4.1 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、 ☒ 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。) ☐ 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	
	* * * * * * * * * * * *				
			. .	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 ☐ 小学校就学前 ☐ 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 ☐ 該当する（該当する項目にチェック） ☐ 該当しない	
	ひとり親家庭	☐ 離婚 ☐ 調停中 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ 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（ ）
		☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 障害年金を受給 ☐ 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	☐ 利用中 ☐ 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	☐ 就労 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDVの恐れ ☐ 育休中で保育利用中 ☐ その他（ ）	
	母	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDVの恐れ ☐ 育休中で保育利用中 ☐ その他（ ）	
希望する利用時間	利用希望時間		利用希望曜日
	時 分から 時 分まで		月・火・水・木・金・土・(日※) ※休日保育は小出保育園、第二たんぼ保育園で実施
希望する保育必要量 ※保護者の就労状況等により認定します。		☐ 保育標準時間（1日11時間まで）を希望 ☐ 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 ※署名を忘れずにお願いします。

○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

1 健康状態について	
・病気、事故の後遺症、障害の有無 ☐ 無 ☐ 有	
内容（ ）	
・療育教室等の利用の有無 ☐ 無 ☐ 有（内容 ）	
・アレルギーの有無 ☐ 無 ☐ 有（内容 ）	
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。)	

* 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 年 月 日認定	(否とする理由)		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標準 ☐ 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	