

平成30年度施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書  
兼保育関係施設利用申込書

(宛先)吉岡町長

吉岡町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。希望保育所に対し本申込書の内容、保育に関する情報の提供をすること。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、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関係施設利用を申請します。

申請者(利用料納付義務者)

印

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・療育手帳の有無
		平成 年 月 日生	男・女	有・無
保護者住所	吉岡町大字			
保護者連絡先	自宅			
	父携帯			
	母携帯			
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。			
保育の希望の有無(※1) 有の方はかつこ内にも○をして下さい。	有 (標準時間※2・短時間※3)	・ 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)		

※1「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。

※2:月における就労等による保育の必要性の時間が月120時間以上(1日11時間までの利用を基本とする。)

※3:月における就労等による保育の必要性の時間が月64時間以上120時間未満(1日8時間以内の利用を基本とする。)

※4:育休中の継続利用及び求職中の方は保育短時間認定となります。その他の理由については、時間等により決定させていただくことになります。

※5:保護者の希望により保育標準時間認定を保育短時間認定に変更することが出来ます。

「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び②に必要事項を記入して下さい。

## ①世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	個人番号 (マイナンバー) 児童は記入不用
児童の世帯員			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		適用無し ・ 適用有り(平成 年 月 日保護開始)					

## 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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名	希望理由	事業所番号*
	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		

\*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。

(表面)

### ③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

保育時間には、11時間以内の利用を基本とする「保育標準時間」と8時間以内の利用を基本とする「保育短時間」の2区分があります。保育料等についても区分によって差が生じます。区分については、就労時間等により認定されることになります。

#### ○父母の状況

職業及びその状況	父親の状況				母親の状況						
	自営・農業・常勤・パート・内職・自営手伝・求職中・その他(中心者)				自営・農業・常勤・パート・内職・自営手伝・求職中・その他(中心者)						
	勤務先等	所在地				勤務先等	所在地				
		事業所名					事業所名				
		電話番号					電話番号				
		就労開始年月日	年 月 日				就労開始年月日	年 月 日			
	通勤時間	片道 分			通勤時間	片道 分					
農業	作付面積	田	アール	畑	アール	農業	作付面積	田	アール	畑	アール
畜産	頭			その他( )	畜産	頭			その他( )		
疾病・介護	疾病・介護の別 1 疾病 2 介護				疾病・介護の別 1 疾病 2 介護						
	傷病名:		1 通院中(月 日)		傷病名:		1 通院中(月 日)				
			2 入院中 3 自宅療養				2 入院中 3 自宅療養				
	身障(療育)手帳:				身障(療育)手帳:						
介護状況:				介護状況:							
妊娠・出産	出産予定日	年	月	日	復職予定	1. 年 月 日から(産休・育休)明け復職する					
	母子手帳No.				有・無	2. 新たに就職する					

#### ○父母を除く同居家族の状況(祖父、祖母等)

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 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・障害 <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"/> 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)
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外

#### ○祖父母の状況(同居でない方のみ、ご記入をお願いします。)

祖父母の状況		氏名	年齢	住所	就労状況等
父方	祖父				1外勤 2自営・農業 3無職(健康・病気)
	祖母				1外勤 2自営・農業 3無職(健康・病気)
母方	祖父				1外勤 2自営・農業 3無職(健康・病気)
	祖母				1外勤 2自営・農業 3無職(健康・病気)