

(第1号様式)

(表面)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼  
保育所 入所申込書



平成 年 月 日

保護者氏名

印

(あて先) 倉吉市長

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。また、倉吉市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の課税情報(同一世帯者を含みます。)及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏名		生年月日 (平成30年4月1日時点の年齢)		性別	障害者手帳等 の有無
			平成 年 月 日生 ( 歳)		男・女	有・無
	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降(第 子)					
保護者 住所・連絡先	現住所	倉吉市				
	連絡先	自宅		日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯( )	
	平成29年1月1日現在の住所		倉吉市内・市外	平成30年1月1日現在の住所		倉吉市内・市外
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(※)	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)				
	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)				

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

① 世帯の状況(本人は除き、世帯分離を含みます。)

区分	(ふりがな) 氏名	児童との 続柄	生年月日	職業又は 学校名等	市町村民税課 税の有無(※)	備考
児童の 世帯員			年 月 日生		有・無	
			年 月 日生		有・無	
			年 月 日生		有・無	
			年 月 日生		有・無	
			年 月 日生		有・無	
			年 月 日生		有・無	
			年 月 日生		有・無	
			年 月 日生		有・無	
家庭の 状況	生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り			
	ひとり親世帯の適用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	在宅障がい者(児)の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名: )			

(※)前年度分の市町村民税又は当該年度分の市町村民税が課税されている場合には「有」に○をして下さい。

(裏面)

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			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分から	時 分まで
利用区分の希望	<input type="checkbox"/> 教育標準時間利用（認定こども園等に通う場合） <input type="checkbox"/> 保育短時間利用（1日最大8時間までの利用） <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用（1日最大11時間までの利用） ※保育が必要な事由や就労時間によって希望どおりの利用区分にならない場合があります。また、施設の開所時間の範囲内で延長保育を利用することが可能です。			
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	（希望理由）		
	第2希望	（希望理由）		
	第3希望	（希望理由）		

○ 「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。

③ 保育の利用を必要とする理由等 ※『保育の希望の有無』欄に『有』に○をつけた方のみ記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）
	父	<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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

【記入はここまで】

\* 施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設（事業者）名	(事業所番号 )	担当者名
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（平成 年 月 日契約（内定）） ・ 無	
備考		

\* 市記載欄

受付年月日	平成 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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 )	
平成 年 月 日認定				
支給（入所）の可否			支給（利用）期間	
可・否	(否とする理由)	自 平成 年 月 日		
( <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 )		至 平成 年 月 日		
入所施設（事業者）名				
<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 ( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 保 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 地 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) ) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 地域型 ( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事 )				
備考		認定担当者	入力担当者	