施設型給付費・地域型保育給付費等　支給認定申請書

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

吉富町長　様

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。

申請に係る小学校就学前子ども	（個人番号） 氏　　名	生年月日	性別	身体障害者手帳又は療育手帳の有無
	（　　）	令和　年　月　日	男・女	有　・　無

保護者 住所・連絡先	（住所）福岡県築上郡吉富町大字　　番地 （連絡先）電話番号　　―　　―	支給認定証の要否	要・不要
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）		
利用希望期間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで		

税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）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。

保護者氏名　（　　）（　　）

（※）
・「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」を〇で囲んだ場合は①②に、「無」を〇で囲んだ場合は①に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	（個人番号） 氏　　名	児童との続柄	生年月日	性別	勤め先名又は学校名等	前年度分（当年度分）市町村民税課税の有無	手帳等の有無※1	備考
児童の世帯員	（　　）		年　月　日	男 女		有・無	有・無	
	（　　）		年　月　日	男 女		有・無	有・無	
	（　　）		年　月　日	男 女		有・無	有・無	
	（　　）		年　月　日	男 女		有・無	有・無	
	（　　）		年　月　日	男 女		有・無	有・無	
生活保護の適用の有無	適用無し　・　適用有り（平成・令和　　年　　月　　日保護開始）							

〇　「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。
〇　字は楷書ではっきりと書いて下さい。

※1　身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを交付されている
特別児童扶養手当を受けている・国民年金の障害基礎年金を受給している　　→「有」に〇

（表面）

②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。
保育の必要性の事由を証明する書類をご提出ください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		□就労 □妊娠･出産 □疾病･障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動□就学 □その他（ ）	
		□就労 □妊娠･出産 □疾病･障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動□就学 □その他（ ）	
		□就労 □妊娠･出産 □疾病･障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動□就学 □その他（ ）	
家庭の状況	□ひとり親家庭 □在宅障がい者（児）がいる。 □左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	曜日から 曜日まで	時から 時まで	

＊市町村記載欄

受付年月日	令和 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） 令和 年 月 日認定		□１号 □２号 □３号 （□標 □短）
支給（入所）の可否		支給(利用)期間
可・否 （否とする理由） 〔 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設（事業者）名		
□認定こども園（□連 □幼（□幼 □保） □保（□保 □幼） □地（□幼 □保）） □幼稚園 □保育所 □地域型（□小 □家 □居 □事）		
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）