

入園申込書兼支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名

印

(宛先)九十九里町長

子ども・子育て支援法第20条により、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、施設(事業)の利用について、次のとおり申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	ふりがな (個人番号)	年 月 日 生	男・女	有・無
保護者 住所・電話番号	(住所) (電話番号)			
認定番号	※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			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 (給食の利用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
緊急連絡先 電話番号等	(氏名) (続柄)	(氏名) (続柄)		
	(携帯) (メールアドレス)	(携帯) (メールアドレス)		

(※) ・「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①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入して下さい。

①世帯等の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	備考
保護者	ふりがな			男・女		(個人番号)
	ふりがな			男・女		(個人番号)
その内 に他住 の所 同の 居る 方 (同一 敷地)	ふりがな			男・女		
	ふりがな			男・女		
	ふりがな			男・女		
	ふりがな			男・女		
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (保護開始)				
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)を有する世帯(氏名:)				

別居 祖父 父母	氏名		職業など	住所	備考	
	父 方	祖父				
		祖母				
	母 方	祖父				
祖母						

②利用を希望する期間及び希望する施設(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"/> 満3歳に達する年度末 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名			
	(第1希望)	(希望理由)	(第2希望)	

- 字は楷書ではっきりと書いて下さい。
- 保護者氏名は、記名押印に代えて、署名することができます。

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
		<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))	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間区分の希望
	<input type="checkbox"/> 月 ~ 金曜日 <input type="checkbox"/> 月 ~ 土曜日		<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用 (11時間まで) <input type="checkbox"/> 保育短時間利用 (8時間まで)

④税情報等の提供に当たっての署名欄

支給認定申請にあたり、下記事項について同意します。

- 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賦課情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報の閲覧並びに生活保護の適用状況を確認すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額(保育料)について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- 利用者負担額(保育料)の収納情報を、必要に応じて特定教育・保育施設等(児童が入所する特定教育・保育施設の所在地である市町村を含む)に提供すること。
- 利用者負担額(保育料)が滞納となった場合、町税に関する滞納情報を管理する部署から資料を取得すること及び町税に関する滞納情報を管理する部署からの求めに応じ資料を提供すること。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

保護者(父)氏名 _____ 印 保護者(母)氏名 _____ 印

※ 以下は、町記載欄です。記入しないでください。

*町記載欄

受付年月日 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定の可否		認定番号	認定区分等	
可・否 (否とする理由)	認定		<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否			支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由)	[<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]		自 至	
入所施設(事業者)名				
[<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"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)]				
利用者負担額				
町民税所得割合計額	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯	階層区分	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害世帯	決定額
		第 _____ 階層	<input type="checkbox"/> 第1子(全額) <input type="checkbox"/> 第2子(半額) <input type="checkbox"/> 第3子以降(無料)	円
適応期間				

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

受付年月日 _____

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 (_____ 契 約 (内 定))) ・ 無		
備 考			