

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(入所申込書)

平成 年 月 日

保護者	現住所	土佐清水市		
	平成28年1月1日現在の住所	土佐清水市内・土佐清水市外 住所:		
	氏名(父)			印
	氏名(母)			印
連絡先電話番号	①	—	—	自宅・職場・父携帯・母携帯・()
	②	—	—	自宅・職場・父携帯・母携帯・()

土佐清水市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定・入所を申請します。

市が施設型給付費等の支給認定に必要な市民税の情報(同一世帯含む)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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
		平成 年 月 日生	男・女	有・無
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 【保育標準時間(11時間) ・ 保育短時間(8時間)】			
	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。(保育の希望有)
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。(保育の希望無)

○保育を希望される場合は、①～③へ記入。幼稚園等を希望される場合は、①～②へ記入をお願いします。

① 世帯の状況 (申請するお子さんのお名前もご記入ください。生計が別の親族のお名前は記入しないこと。)

区分	(フリガナ) 氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先、 学校名等	個人番号	障 害 の有無
児 童 の 世 帯 員			明・大 昭・平 年 月 日生	男・女			有・無
			明・大 昭・平 年 月 日生	男・女			有・無
			明・大 昭・平 年 月 日生	男・女			有・無
			明・大 昭・平 年 月 日生	男・女			有・無
			明・大 昭・平 年 月 日生	男・女			有・無
			明・大 昭・平 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	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
		事業所番号*

③保育の利用を必要とする事由等

※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。

(幼稚園等を希望される場合は記入の必要はありません。)

保育の利用 を必要とする 事由	続柄	必要とする事由	具体的な状況(勤務先、就労時間・ 日数等や疾病の状況など)等
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他()	
			<就労の場合> 通勤時間 片道約 分 ()
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他()	
			<就労の場合> 通勤時間 片道約 分 ()
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(児童扶養手当受給 有・無) ・ <input type="checkbox"/> 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	平日	時 分から 時 分まで
		土曜	時 分から 時 分まで

※添付書類・・・保育の利用を必要とする事由のわかる書類(就労証明書等)

平成28年1月1日現在、他市町村に住所のあった方は税額を確認できる書類(課税証明書等)

【記入上の注意】

この施設型給付費等 支給認定申請書(入所申込書)は、保護者が以下の点に注意して記入のうえ、市福祉事務所又は、施設(幼稚園等)に提出してください。

なお、一つの家庭から2人以上の児童が同時に入所している場合は、それぞれの児童ごとに1人に1枚作成してください。

- 1 保護者は、市からの利用者負担金(保育料)の納入義務者となります。
- 2 「連絡先電話番号」欄は、市又は施設より連絡を受けるに当たり、希望する順に電話番号を2つ記入し、当てはまるものに○をつけてください。
- 3 入所の審査及び利用者負担金(保育料)決定に係る課税資料等の確認のため、勤務先又は関係公簿等を調査しますので同意のうえ、「保護者氏名」欄に押印をしてください。
- 4 「児童の世帯員」欄には、同一住所に居住する者全員について記入し、生計が別の親族がいる場合は記入しないでください。この欄には、申請をするお子さんのお名前も記入してください。
- 5 個人番号(マイナンバー)は市町村から個人ごとに通知があった12桁のコードになります。*市記載欄
- 6 申請者以外の代理人が申請に来られる場合は、委任状を提出してください。

認定区分等		
<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 3号
(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)		

*施設記載欄(施設を経由して市に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設名	担当者名
-----	------