

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)

年 月 日



土佐清水市長 様

Table with 2 columns: 保護者 (Guardian) and 連絡先電話番号 (Contact phone number). Includes fields for 現住所 (Current residence), 氏名(父) (Father's name), 氏名(母) (Mother's name), and phone numbers.

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。

Table for applicant information including 申請に係る小学校就学前子ども (Applicant), 認定者番号 (Certification number), and 保育の希望の有無 (Wish for childcare).

(※)

「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、世帯員毎の12桁の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
「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

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。)

Table for household status (世帯の状況) with columns for 区分 (Category), 氏名 (Name), 児童との続柄 (Relationship), 生年月日 (Date of birth), 性別 (Gender), 勤務先・学校名等 (Work/School), 個人番号 (Personal number), and 障害の有無 (Disability).

② 利用を希望する期間、希望する施設名

Table for utilization period and facility name (利用を希望する期間、希望する施設名) with columns for 利用を希望する期間 (Utilization period) and 施設名 (Facility name).

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(幼稚園等を希望される場合は記入の必要はありません)

「保育の希望」が「有」の場合、保育の利用を必要とする理由で当てはまるものについて、保護者毎にチェックを入れ、それを証明できる書類を提出してください。
就労の場合：就労証明書
求職活動の場合：求職活動に関する申立書

保育の利用を必要とする具体的な状況(保護者の勤務状況等)をご記入下さい。就労の場合は勤務時間と交通手段を記入してください。

保育の利用を必要とする事由	続柄		具体的な勤務先、就労時間・日数、または疾病の状況など等
	父	<input checked="" 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()	農家で早朝から夕方まで従事 <就労の場合> 通勤時間 片道約 10分 (車)
事由	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 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" 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()	○△病院勤務(四十万十市) 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時15分 25日/月 <就労の場合> 通勤時間 片道約 45分 (車)
	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 checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	利用曜日	月 曜日から 土 曜日まで	利用時間
		平日	8時00分から 16時00分まで
		土	9時00分から 12時00分まで

※添付書類・・・保育の利用を必要とする事の中のもの(書類、証明書等)

令和5年1月1日時点で他 利用希望時間を24時間表記でご記入下さい。(平日と土曜日) 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、市こども未来課又は、各施設(保育所、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」欄は自署記入をしてください。
- 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。
- 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。

* 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	年 月 日
-------	-------

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)		

施設名	担当者名
-----	------