

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定（変更）申請書

平成●●年 ●月 ●日

滝沢市長 様

提出日

保護者氏名 滝沢 太郎



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	ふりがな氏名 1 たきざわ いちろう 滝沢 一郎	生年月日 平成27年4月8日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 有 無
保護者住所・連絡先	（住所）滝沢市中鶴飼55番地 〇〇アパート 〇号 （連絡先）父携帯：●●●-●●●●-●●●● 母携帯：△△△-△△△△-△△△△ 自宅：■●●-■●●● 平成27年1月1日現在の住所			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合は記入して下さい			
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）			

連絡先が複数ある場合は全て記入してください。

滝沢市外の場合は、保育料算定のために所得資料の提出が必要となります。

- （※）・「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①～③に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況（同居家族全員） ※保育所等の申込と同時申請の場合は記入不要です。

区分	ふりがな氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称	前年度分（当年度分）市町村民税課税の有無	備考
児童の世帯員	2	父	S H 年 月 日生	男・女		有・無	
	3	母	S H 年 月 日生	男・女		有・無	
	4		S 年 月 日生	男・女		有・無	
	5					有・無	
	6					有・無	
	7		S H 年 月 日生	男・女		有・無	
	8		S H 年 月 日生	男・女		有・無	
	生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用有り（平成 年 月 日保護開始）				
家庭の状況		□ひとり親家庭 ・ □左記以外					

記入不要

②利用を希望する期間、施設名 ※保育所等の申込と同時申請の場合は記入不要です。

利用を希望する期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 就学 前 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	事業所番号*
	第1希望 (希望理由)1. 自宅から近いから 2. 兄弟が入所しているから 3. その他()	
	第2希望 (希望理由)1. 自宅から近いから 2. 兄弟が入所しているから 3. その他()	
	第3希望 (希望理由)1. 自宅から近いから 2. 兄弟が入所しているから 3. その他()	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。
○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③税情報等の提供に当たっての署名欄

滝沢市が施設型給付費・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。

また、平成28年4月入所の支給認定証の交付については、認定事務等が集中することから、申請から30日を経過する通知になることも併せて同意します。

保護者氏名

滝沢 太郎



④保育の利用を必要とする理由等

※ 該当するすべての口にチェックをしてください。 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。

保護者の氏名	父	母	
保育が必要な理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職等 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職等 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input checked="" type="checkbox"/> した項目について具体的な状況を記入してください。		<input type="checkbox"/> の具体的な状況を記入してください。	
就労の状況	形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外
	時間	月 9時00分から18時00分まで 火 〃時〃分から〃時〃分まで 水 〃時〃分から〃時〃分まで 木 〃時〃分から〃時〃分まで 金 〃時〃分から〃時〃分まで 土 〃時〃分から〃時〃分まで 日 〃時〃分から〃時〃分まで 1か月あたり 198 時間	月 9時00分から16時00分まで 火 〃時〃分から〃時〃分まで 水 〃時〃分から〃時〃分まで 木 9時00分から16時00分まで 金 〃時〃分から〃時〃分まで 土 〃時〃分から〃時〃分まで 日 〃時〃分から〃時〃分まで 1か月あたり 112 時間
休業中の場合	事由() 1か月の就労時間は、 就労時間(休憩含む)×就労日数となります。 ※就労証明書を参照してください。	事由() 期間 年 月から 年 月まで 出産予定日 年 月 日 出産後の予定()	
妊娠・出産の状況	病名() 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)	病名() 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)	
疾病・障がいの状況	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神保健(級) <input type="checkbox"/> 療育(A・B)	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神保健(級) <input type="checkbox"/> 療育(A・B)	
介護等の状況	氏名 続柄 場所 (入院・在宅) 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回(1回平均 時間)	氏名 続柄 場所 (入院・在宅) 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回(1回平均 時間)	
求職等の状況	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 (具体的な活動内容)	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 (具体的な活動内容)	
就学等の状況	学校等名 所在地	学校等名 所在地	
その他の状況			

*滝沢市記載欄

認定の可否	認定者
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (理由)	就労時間が120時間未満の方で保育標準時間を希望する場合は、その理由を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 (□標 □短) <input type="checkbox"/> 3号

(裏面)