

提出日を記入してください。

現況届兼施設利用申込書も同様の記入をお願いします。

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 (兼 保育所等利用申込書)

令和 年 月 日

(保護者氏名)

佐々町長

殿

個人番号の記入をお願いします。

佐々 一郎

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名 ( サザ タロウ ) 佐々 太郎	生年月日	性別	障害者手帳 有無
	個人番号: 123456789101	・署名してください。 ※町からの保育関係の文書は、ここに記載された保護者宛に送付されます。 ※すでに通園中のきょうだい児がいる場合は統一してください。		
保護者 住所・連絡先	(住所)長崎県北松浦郡佐々町本田原免168番地2			
	(連絡先) (父) 090-0000-0000 (母) 080-0000-0000			
保育の希望の 有無 (※)	○で囲んでください。 ※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。 有 : 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)			

(※)

- ・「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に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

- ・同居者全員の各項目を記入してください。
- ・単身赴任中等の生計同一の保護者(父、母)も記入してください。
- ・個人番号(マイナンバー)の記入をお願いします。
- ・在宅障がい児(者)の場合は、備考欄に「障がい」と記入してください。

区分	(フリガナ)氏名	子の関係	生年月日	性別	職業	有・無	備考
子どもの世帯員	( サザ イチロウ ) 佐々 一郎 個人番号: 987654321010	父	昭和 平成 令和 49年1月31日生	男・女	佐々町役場 住民福祉課	有・無	
	( サザ ヨウコ ) 佐々 陽子 個人番号: 987654321011	母	昭和 平成 令和 56年2月6日生	男・女	佐々弁当店	有・無	
	( サザ ジロウ ) 佐々 次郎 個人番号: 987654321012	祖父	昭和 平成 令和 23年9月18日生	男・女	(株)佐々運輸	有・無	
	( サザ マツコ ) 佐々 松子 個人番号: 987654321013	祖母	昭和 平成 令和 30年3月25日生	男・女	佐々衣料店	有・無	
生活保護の適用	適用無し 適用有り ( )		保護開始				

- ・継続利用の場合は、令和5年4月1日と記入してください。
- ・新規利用の場合は、利用開始希望日を記入してください。

令和6年3月31日または、短期間利用等の利用終了日を記入してください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	令和5年 月 日 から 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・希望理由	事業所番号*
	第1希望 ○○保育所 (理由)自宅に近いから	
	第2希望 (理由)	
	第4希望 (理由)	
	第5希望 (理由)	

・利用希望施設を記入してください。

- 理由の例
- ・自宅に近いから
  - ・勤務地に近いから
  - ・実家に近いから 等

○ 「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  
 ○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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す

該当する箇所への記入と  
欄の該当箇所へ「レ」  
を記入してください。

	続柄	必要とする理由	
保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <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))	
	母	<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))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		8時から 18時まで

④同意書

佐々町長 様  
 佐々町が施設型給付費・地域型保育給付費等(同一世帯者を含む)について、町長が  
 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  
 なお、利用者負担額については、保護者が責任をもって納付することとし、未納の  
 処理されることに同意します。

1. 住民基本台帳に関する事 2. 住民税に関する事 3. 児童手当・児童扶養手当・特  
 4. 母子・父子福祉医療費に関する事 5. 各種障害者手帳・障害者年金等に関する事 生活保護等に関する事

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 印  
 ※本人自署の場合は押印不要

・保護者(父・母等)による署名・押印をお願いします。  
 ・保護者がひとり親である場合は、1箇所のみ署名・押印をお願いします。

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が各市町村ではない世帯員の有無 ( 有 ・ 無 )

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

該当する場合、記入してください。

\*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		<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 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
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 )		
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)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 ( 年 月 日契約(内定) ) ) ・ 無
備考	