

提出日を記入してください。

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

佐々 一郎

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
	さざ たろう 佐々 太郎 <small>個人番号:</small>	平成28年8月2		無
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	
○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。				
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 (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)		

電話番号を記入してください。

(※)

- ・「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

- ・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。
- ・上記、子どもの氏名欄も含め個人番号(マイナンバー)の記入にご協力ください。

①世帯の状況

区分	氏名	続柄	生年月日	性別	学校名等	市町村民税課税の有無	障害者
子どもの世帯員	さざ いちろう 佐々 一郎 <small>個人番号:</small>	父	昭和49年1月31日	男・女	佐々町役場	有・無	
	さざ ようこ 佐々 陽子 <small>個人番号:</small>	母	昭和56年2月6日	男・女			
	さざ じろう 佐々 次郎 <small>個人番号:</small>	祖父	昭和23年9月18日	男・女	佐々運輸	有・無	
	さざ まつこ 佐々 松子 <small>個人番号:</small>	祖母	昭和30年3月25日	男・女	佐々衣料店	有・無	障害者
	さざ のりこ 佐々 紀子 <small>個人番号:</small>	姉	平成27年9月18日	男・女	佐々小学校1年	有・無	
	さざ はなこ 佐々 花子 <small>個人番号:</small>	妹	平成29年9月15日	男・女	〇〇保育所	有・無	

世帯員で障害者手帳をお持ちの方がいる場合は「障害者」と記入してください。

・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4月1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 ○〇幼稚園 (理由)自宅に近いから	
	第2希望	
	第3希望	
	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入して下さい。

続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	<p>※この欄は、幼稚園・認定こども園(教育部分)を利用される場合は、記入不要です。</p>	
家庭の状況		
希望する利用時間		

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、町長が決定した利用者負担額について、  
 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、未納については規定により  
 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・特別児童扶養手当に関する事  
 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 6. 生活保護等に関する事

保護者氏名 父 佐々 一郎 母 佐々 陽子  
 ※本人自署の場合は押印不要

・保護者(父・母等)による署名をお願いします。  
 ・保護者がひとり親である場合は、1箇所のみ署名をお願いします。※本人自署の場合は押印不要です。

※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)  
 佐々一郎 ・ 長崎市江戸町1番地1

該当する場合、記入してください。この場合、申請書表のマイナンバーの記載が必ず必要になります。

\*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 令和 年 月 日 至 令和 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	