

【受付印】

平成30年度 支給認定申請書 兼 施設利用申請書  
兼 児童台帳

保護者氏名は、代表者となりますので、世帯主もしくは、生計を維持されている方の氏名を記入してください。

受付者：

(保護者氏名)

小城 太郎

小城 印

平成 29 年 11 月 22 日

佐賀県小城市長 殿

( 記 入 例 )

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費に係る支給認定を申請し、保育所・幼稚園等施設への入所について申し込

希望する利用時間は、目安でご記入いただいて結構です。

H30年4月1日現在の年齢を記入してください。

申請 小学校 子	氏 名 おぎ いちろう 小城 一郎	生年月日 ※ 年齢はH30.4.1 平成26年 5月 6日生 ( 3 歳)	性別 (男)・女	手帳の有無 有・無
利用希望期間	平成	から	平成 31 年 3 月 31 日	まで
希望する 利用時間	(月)・(日)		8 時 3	
希望する保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間	<input type="checkbox"/> 保育短時間	認定者番号	
保護者 住所・連絡	出来る限り、第5希望までお書きください。	神田2312番地2	00-0000 母携帯：090-0000-0000	自宅：00-0000
希望施設名 及び その理由	第1希望	〇〇〇保育園	(理由) 兄弟が通っているため	※第5希望まで記入している方のみ記入して下さい。 左記の希望保育施設に入所できない場合、他の保育施設を希望する。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない(希望施設で待つ)
	第2希望	〇〇〇保育園	(理由) 自宅から近いため	
	第3希望	〇〇〇保育園	(理由) 通勤途中のため	
	第4希望	〇〇〇保育園	(理由) 職場から近いため	
	第5希望	〇〇〇保育園	(理由) 職場から近いため	

①世帯の状況

区分	氏 名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職 業	障害者
子どもの世帯員	(ふりがな) おぎ いちろう 小城 一郎	本人	H26年5月6日生	(男) 女		有・無
	(ふりがな) おぎ たろう 小城 太郎	父	S0年0月0日生	(男) 女	〇〇株式会社	有・無
	(ふりがな) おぎ はなこ 小城 花子	母	S0年0月0日生	男・女	〇〇株式会社	有・無
	(ふりがな) おぎ はなよ 小城 花代				〇〇小学校3年	有(無)
	(ふりがな) おぎ とらお 小城 虎				農業	有・無
	(ふりがな) おぎ 小城 梅				農業	有・無
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯		H29.1.1以降に転入された方はご記入ください。 H29.1.1の住所地から発行されるH29年度所得課税証明書の提出が必要です。		市町名まで構いません。	<input type="checkbox"/> 出産予定有 日：平成 年 月 日
父方	祖父氏名 小城 虎雄	祖母氏名	〇〇市		電話番号 〇〇-〇〇〇〇	
母方	祖父氏名 桜 小次郎	祖母氏名	〇〇市		電話番号 〇〇-〇〇〇〇	
H29.1.1の住所地 (小城市以外の場合)			H30.1.1の住所地 (小城市以外の場合)			

○ 「入所のでびき」をよく読んでから記入して下さい。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

\*市町村記載欄

在園児兄弟	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

基準点	父	母	調整 点数	計
-----	---	---	----------	---

②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	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"/> 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))	
	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))	

③支給認定及び施設利用に関する同意書 兼 誓約書

1. 市が支給認定に必要な市民税の情報(同居の親族を含む)及び世帯情報を閲覧することに同意します。 2. 特定教育・保育施設等に対して、この届で知り得た情報及び決定した内容について、提示することに同意します。なお、提示する内容は、決定施設が認定こども園または地域型保育の施設である場合には、利用者負担額を含みます。 3. 申請の内容や保育の必要性(保護者、勤務等)に変更が生じた場合は、速やかに届けます。 4. 申請の内容に事実と異なる点があった場合、支給認定が取り消され、継続入所(園)を解除されても異議はありません。 5. 保育料は納期限内に納入します。理由なく滞納が続いた場合は退所(園)となります。 6. 保育の必要性は申請内容が現況であり、入所(園)時点で既に在園している場合は変更を申請します 7. 『平成30年度 支給認定申請・保育施設入所のてびき(2・3号認定月)』の上、申し込みます。	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                 署名は、必ずご本人が記入してください。             </div> <p style="text-align: right;">                 保護者氏名(父) <b>小城 太郎</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">小城</span> 印             </p> <p style="text-align: right;">                 保護者氏名(母) <b>小城 花子</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">小城</span> 印             </p>
---	--

\*市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日				
認定の可否			支給(入所)の可否		
可・否 (否とする理由)			可・否 (否とする理由)		
平成 年 月 日 認定			〔 <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〕		
支給認定期間①	支給認定期間②	支給認定期間③	契約期間①	契約期間②	契約期間③
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
保育必要量	保育必要量	保育必要量			
<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間			
入所施設(事業者)名				平成29年度 利用施設名	
〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園(連 <input type="checkbox"/> 幼(幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設〕					
前期保育料			後期保育料		
合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母		合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母	
非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満		非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満	

\*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	平成 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		