こども福祉係受付

（申請様式1）

□ 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書
□ 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定現況届
兼 保育所等利用申込書

北秋田市長　様
施設長　　様

年　　月　　日

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。
なお、施設型給付費・地域型給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報及び個人番号を閲覧すること、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。

保護者※	現住所	
	フリガナ 氏名	㊞
	個人番号	
	電話（優先的に使う連絡先を○で囲んでください）	自宅　—　— 携帯（父）　—　— 携帯（母）　—　—

※ 上記保護者を、支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。

①申請児童

フリガナ 申請児童氏名		生年月日		性別	男・女	障害者手帳等の有無 ※1	有・無
個人番号							
保育の希望の有無	有：保護者の労働または疾病等の理由により、保育園、認定こども園(保育部分)、地域型保育(小規模保育等)において保育の利用を希望する場合					サポート希望の有無	有・無
	無：幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合						

※1→障害者手帳・療育手帳・特別児童扶養手当証書等の写を添付してください。

②世帯構成（申請に係る児童を除く、すべての同居者を記入してください。）

区分	氏名	児童との続柄	性別	生年月日	勤務先／通学(園)先等
児童の同居者			男・女	・　・	
			男・女	・　・	
			男・女	・　・	
			男・女	・　・	
			男・女	・　・	
			男・女	・　・	
			男・女	・　・	

該当有無	ひとり親世帯	有・無	在宅障がい者※2	有・無	生活保護受給	有・無
	市担当確認印		市担当確認印		市担当確認印	

※2→手帳の写を添付してください。

③利用を希望する期間と時間、希望する施設（事業所）名→<u>できるだけ第3希望まで</u>ご記入ください。

利用を希望する期間	年　月　日 ～　就学まで　・　年　月　日まで	
施設（事業所）名	第1希望	保育園・こども園
	第2希望	保育園・こども園
	第3希望	保育園・こども園

④申請児童の情報

現在の保育状況	1. 保育所等（　　）に入園　2. 家族等（　　）が保育　3. その他（　　）
その他児童の健康状況【該当する場合のみ】	該当する場合、○で囲んで（ ）内もご記入ください。 アトピー・ぜんそく・その他（　　） アレルギー（アレルギーの種類:　　）

※以下は、①の「保育の希望の有無」で、「有」を選択した方のみご記入ください。

⑤保育を必要とする理由等（証明書類が必要になります。）

保育の利用を必要とする理由 ※同居する世帯員全員（世帯別でも同住所であればご記入ください。）	続柄	必要とする理由
	父	□就労　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学 □その他（　　）
	母	□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学 □その他（　　）
		□就労　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学 □その他（　　）
		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学 □その他（　　）
		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学 □その他（　　）

希望する利用時間	利用曜日（希望の曜日に○を付けてください。）	利用時間
	月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土	□標準時間（一日最大11時間）　□短時間（一日最大8時間）

（記入上の注意）

・同世帯で2人以上の児童が同時に申請を行う場合、それぞれの児童ごとに1枚の用紙に記入してください。

（留意事項）

保育の必要性の該当事由により、希望する認定が受けられない場合、希望した施設に入れない場合や、利用期間及び利用時間の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知ください。

以下は記入しないでください。

※施設等記載欄（施設・窓口センターを経由して市町村に提出する場合）

受付印	入園内定の有無（教育認定のみ記入）
	□有　　契約（　　年　　月　　日） 内定（　　年　　月　　日） □無

※福祉課記載欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等	認定期間（迄）
可　・　否　　年　　月　　日　認定 （否とする理由）		□1号　□2号 □3号	就学前 年　　月　　日
支給（入所）の可否	支給（利用）期間		
可　・　否 （否とする理由）	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日		
入所施設名	備考		