

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼現況届

年 月 日

(保護者氏名)

宮崎県西臼杵郡高千穂町長殿

印

(保育園・幼稚園・認定こども園新規入園・継続入園申請書)

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費に係る申請書又は現況届を申請し、保育所・幼稚園等施設への入所について申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日 ※ 年齢はR 6. 4. 1 現在	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日 生 (歳)	男 ・ 女	有 ・ 無
保護者 住所・連絡先	(住所)			
認定証番号	※既に教育・保育給付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)			

(※)・「保育所等」は、中央保育園・押方保育園・光寿保育園・旭ヶ丘保育園・天岩戸保育園・しいの実保育園・川水流保育園・五ヶ瀬中央保育所・高森東保育園・認定こども園第一高千穂幼稚園の保育部分・認定こども園木の花幼保園保育部分
 ・「幼稚園等」は、第一高千穂幼稚園教育部分、木の花幼保園教育部分
 ・「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

区分	氏 名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	障害者手帳の有無	前(当)年度分市町村民税課税の有無
子どもの世帯員	(ふりがな)		年 月 日 生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日 生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日 生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日 生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日 生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日 生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日 生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り			(保護開始)		

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	年 月 日 から 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	
	第1希望	(理 由)
	第2希望	(理 由)
	第3希望	(理 由)
	第4希望	(理 由)
	第5希望	(理 由)
	事業所番号*	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は町記載欄ですので、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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由 <input 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))	備考
		<input 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 type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間未満)		

(祖父母の状況)

	氏名	年齢	同居・別居	住所(※同居以外の場合)	就労	職業、疾病名等
父方	祖父		同・別・他		有・無	
	祖母		同・別・他		有・無	
母方	祖父		同・別・他		有・無	
	祖母		同・別・他		有・無	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

高千穂町福祉保険課が個人番号を利用して得た施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯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。

保護者氏名 印

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当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)

提出書類について

- ①⑤は必須、②③は保育園(認定こども園保育部含む)必須、④は私立保育園の0～2歳児クラス希望者と公立保育園希望者必須
 - ①施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼現況届
 - ②調査資料(複数の児童の申し込みをされる場合は1枚に記入してください)
 - ③就労証明書(お勤め・農業・自営業等の保護者)、もしくは
就労以外で保育を必要とする理由書(就労以外の理由で希望する保護者で、事由に応じた診断書等の書類が必要)
 - ④誓約書(連帯保証人は同居者以外で2名お願いします)
 - ⑤個人番号記入表
- ※土曜日等保護者の就労日ではない日は自宅での保育が基本となります。
 ※就労していない健康な65歳未満の祖父母との同居、求職活動、育児休業等での申請に関しては優先順位が下がり、希望に添えない場合があります。

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 (否とする理由)	認定区分等
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	教育・保育給付認定期間
可・否 (否とする理由)	契約期間
〔 <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 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名	
令和3年度利用施設名	
[<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) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設]	
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	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	