

（ 記入例 ）

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和〇〇年〇〇月△△日

保護者氏名 諫早 太郎

諫早市長 様

来庁者名

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	(フリガナ) 氏 名		生年月日		性別	障害者手帳等の有無
	イサハヤ ジロウ 諫早 次郎		平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 4 年 9 月 3 日生		<input checked="" type="radio"/> 男・女	有 <input checked="" type="radio"/> 無
保護者の住所・連絡先	(住所) 諫早市東小路町7-1 (連絡先) 090-0000-△△△△					
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。					
利用希望の施設	幼稚園(1号)	保育所(2号,3号)	認定こども園 幼稚園部分(1号) 保育所部分(2号,3号)		小規模保育施設等(3号)	利用希望の施設に「○」をしてください。
		○				

①世帯の状況（※申請児童以外の世帯員を記入してください。）※保護者が別居されている場合もご記入ください。

区分	フリガナ 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	障害者手帳等の有無	備考	
児童の世帯員	イサハヤ タロウ 諫早 太郎	父	平成 2 年 5 月 5 日生	<input checked="" type="radio"/> 男 女	会社員	有 <input checked="" type="radio"/> 無		
	イサハヤ ハナコ 諫早 花子	母	平成 2 年 3 月 2 日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	公務員	有 <input checked="" type="radio"/> 無		
	イサハヤ イチロウ 諫早 一郎	兄	平成 30 年 5 月 1 日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	諫早保育園	<input checked="" type="radio"/> 有・無	身障 1級	
				年 月 日生	男・女		有・	
				年 月 日生	男・女			
				年 月 日生	男・女			
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用有り（平成・令和 年 月 日保護開始）						

手帳等有りの場合は、手帳の種類・等級を記入し、手帳の写しを添付してください。

②税情報等の提供に当たっての署名欄

諫早市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な範囲内で、市民税の情報（同一世帯者を含む。）、世帯情報その他の情報を閲覧し、又は収集すること並びに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。

保護者氏名 諫早 太郎

③保育の利用を必要とする理由（※保育所、認定こども園の保育所部分、小規模保育施設等の利用を希望する場合に記入）

続柄	保育の利用を必要とする理由					備考
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他	