

受 付

支給認定申請書

人吉市長 様

保護者氏名

印

個人番号

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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 <small>（ふりがな）</small>	生年月日	性別	障害者手帳の有無
		年 月 日	男 ・ 女	有（ ） ・ 無
保護者住所・連絡先	(住所) (連絡先) ☎ (自宅) — — ☎ (父携帯) — — ☎ (母携帯)			
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。			
個人番号				
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」とは、保育所、認定子ども園（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、認定子ども園（教育部分）をいいます。
 - ・「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	児童との続柄	生年月日		性別	職業 または 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
			個人番号					
児童の世帯員					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	非該当 ・ 該当 (年 月 日保護開始)							
ひとり親世帯等の有無	非該当 ・ 該当 (□ひとり親世帯等 □在宅障がい児(者)のいる世帯)							

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	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			事業所番号*
	第1希望		(希望理由)	
	第2希望		(希望理由)	

○ 「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

(表面)

児 童 台 帳

第 号											
保護者住所	人吉市			町			番地				
				団地・アパート・荘			棟 階 号				
保護者氏名						入所施設名		保育園 こども園 幼稚園			
	ふりがな 氏名	入所児童との続柄	年齢	生年月日	性別	職業・学校・保育所等 会社勤務の方は勤務先		備 考			
入所児童の世帯員	入所児童	本人		. .	男・女						
		父		. .	男・女						
		母		. .	男・女						
				. .	男・女						
				. .	男・女						
				. .	男・女						
				. .	男・女						
				. .	男・女						
				. .	男・女						
				. .	男・女						
緊急連絡先							自宅付近の地図				
1.		☎ —									
2.		☎ —									
3.		☎ —									
※ 入所基準(2・3号認定の場合)《市町村記入欄》											
1. 就 産 労 2. 妊 娠 ・ 出 産 3. 病 気 ・ 障 がい 4. 介 護 ・ 看 護 5. 災 害 ・ 復 旧 6. 求 職 活 動 7. 就 学 8. その他 ()											
備考											

※市町村記入	入所申込の年月日	実施期間	実施の解除の年月日	解除の理由
	年 月 日	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日	

※この面は記入不要です。

保育の実施後の経過

世帯階層区分の認定経過

課税状況(円)	市町村民税額	均等割	年度		年度		年度		年度		年度	
			父	母	父	母	父	母	父	母	父	母
所得割	父	母	父	母	父	母	父	母	父	母	父	母
			計	計	計	計	計	計	計	計	計	計
生活保護法適用の有無	有・無	開始年月日	父	母	父	母	父	母	父	母	父	母
			廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日	廃・停止年月日
世帯階層区分の認定	基準半額	0	多子減額	多子減額	多子減額	多子減額	多子減額	多子減額	多子減額	多子減額	多子減額	
			軽減()	軽減()	軽減()	軽減()	軽減()	軽減()	軽減()	軽減()	軽減()	
保育料	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
決定変更	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	
変更理由												

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				備考	
		<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧		
希望する利用時間	利用曜日				利用時間		
	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜				から まで		
祖父母の状況	父方	祖父	同居・別居・いない	町	歳	有・無	良好・入通院・その他()
		祖母	同居・別居・いない	町	歳	有・無	良好・入通院・その他()
	母方	祖父	同居・別居・いない	町	歳	有・無	良好・入通院・その他()
		祖母	同居・別居・いない	町	歳	有・無	良好・入通院・その他()

④税情報等の提供に当たっての署名欄

人吉市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、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。

保護者氏名(父) _____ 印

保護者氏名(母) _____ 印

⑤個人番号の取得及び利用に当たっての同意欄

人吉市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項)(同一世帯者を含む)を取得すること及び取得した個人番号を利用することに同意します。

保護者氏名(父) _____ 印

保護者氏名(母) _____ 印

----- < 記入はここまで > -----

*市町村記載欄

受付年月日	
認定の可否	認定者番号
可・否 (否とする理由)	
支給(入所)の可否	支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)	自 至
〔 <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 〕	
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"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <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(事業所)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	
施設(事業者)名	
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	