

記入例

※申請書右側の児童台帳も併せてご記入ください。

受 付

支給認定申請書

記名押印

人吉市長 様

保護者氏名

人吉 太郎

人吉 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 (ふりがな) 人吉 二郎	生年月日 平成**年**月**日	性別 男・女	障害者手帳の有無 有(〇〇手帳)・無
保護者住所・連絡先	(住所) 人吉市麓町16番地	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等をお持ちの場合は手帳名をご記入ください。		
認定者番号	(連絡先) ☎ (自宅) 0966-**-****	☎ (携帯) ***-**-****	☎ (母携帯) - -	書類の不備等あった場合に連絡がとれる電話番号を記入してください。
個人番号	*****			
保育の有無	<input checked="" type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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)			

申請する子どもの個人番号(マイナンバー)を記入(12桁)

世帯員全員の個人番号(マイナンバー)を記入(12桁)

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)市町村住民税の有無	備考
			個人番号	個人番号				
児童の世帯員	人吉 太郎	父	S **.*.*	*****	男・女	□□□株式会社	有・無	
	人吉 鮎子	母	H **.*.*	*****	男・女	〇〇〇病院	有・無	
	人吉 花子	姉	H **.*.*	*****	男・女	△△△小学校	有・無	
	人吉 ウメ	祖母	S **.*.*	*****	男・女	農業		同居家族のなかに身体障害者手帳または療育手帳を持っている方(申込児童含む)がいる場合は手帳の写しをご提出ください。
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 非該当 ・ 該当 (年 月 日保護開始)							
ひとり親世帯等の有無	<input checked="" type="radio"/> 非該当 ・ 該当 (□ひとり親世帯等 □)							

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	平成 31年 4月 1日 から 平成 35年 3月 31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	〇〇〇 保育園	(希望理由)	姉が以前入所しており、保育内容がわかるため				
第2希望	△△△ こども園	(希望理由)	自宅から近いため					

○ 「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

③保育の利用
※保護者の労働

保育希望が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由であてはまるものについて、保護者ごとにチェックを入れ、それを証明できる書類を提出してください。

保育の利用を必要とする具体的な状況（父、母の勤務状況等）をご記入ください。

保育の利用を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <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）） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 株式会社△△支店に勤務、月曜日～金曜日、8:30～17:30
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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）） ◎◎◎病院に勤務、月曜日～土曜日のうち週5日勤務、8:00～17:15ただし、夜勤等有

保育を希望する利用曜日にチェックを入れ、利用時間をご記入ください。

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		8:00 から 18:00 まで

祖父母の状況	父方	住所	年齢	仕事	健康状態		
						祖父	祖母
	祖父	同居・別居 <input checked="" type="radio"/> いない	町	歳	有・無	良好・入院・その他（ ）	
	祖母	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居 <input type="radio"/> いない	麓町	70歳	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	良好・入院・その他（ ）	
	母方	祖父	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/> いない	熊本市中央区	75歳	有 <input checked="" type="radio"/> 無	良好・入院・その他（ ）
	祖母	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/> いない	熊本市中央区	60歳	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	良好・入院・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) 人吉 太郎 人吉印

保護者氏名(母) 人吉 鮎子 鮎印

記名押印

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) 人吉 太郎 人吉印

保護者氏名(母) 人吉 鮎子 鮎印

----- < 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	認定区分等
可・否 (否とする理由)		<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	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由) [<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 至	
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	<input type="text"/>
施設(事業者)名	<input type="text"/>
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	