

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

（宛先）栃木市長

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。

※ 太枠内を記載ください。

		申請日	年 月 日		
保護者	ふりがな	個人番号			
	氏 名	生年月日	年 月 日生		
		自宅電話番号			
		連絡先電話番号			
住 所	〒				
児童	ふりがな	個人番号			
	氏 名	生年月日	年 月 日生		
		保護者との続柄		性別	男・女
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。）				

注1 「保育所等」とは、保育所、認定こども園（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。

2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

1 保育の利用を必要とする理由等（※ 保育の希望の有無で「有」とした場合に記入ください。）

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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待・DV <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）や、その他の内容を記入
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待・DV <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）や、その他の内容を記入	

2 申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）
アレルギーの情報	無・有（ ）
その他特記事項	無・有（ ）

3 世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当 ・ 該当（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児（者）のいる世帯）						
生活保護の適用の有無	非該当 ・ 該当（ 年 月 日保護開始）						
区分	氏 名	生 年 月 日	性 別	児童との続柄	多子軽減計算対象施設	職業、学校名等	個人番号
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		

注 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、対象にチェックを付けてください。

(裏)

4 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）の名称

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
希望する利用曜日・時間	利 用 曜 日	月 火 水 木 金 土 日
	利 用 時 間	時 分 から 時 分 まで
利用を希望する施設 （事業者）の名称 （注1）	施設（事業者）名・希望理由（注2）	
	第1希望	（希望理由） 事業所番号（注3）
	第2希望	（希望理由） 事業所番号（注3）
	第3希望	（希望理由） 事業所番号（注3）

注1 幼稚園等を経由して市へ提出する場合は、記入不要です。

2 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所を希望する場合は、その旨を記入してください。

3 事業所番号は市で記載をしますので、記載不要です。

5 税情報等の提供に当たっての署名欄

栃木市が施設型給付費・地域型保育給付費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、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 <span style="float: right;">㊞</span>

※ 施設記入欄（施設を経由して市に提出する場合）

受 付 年 月 日	年 月 日	
施設（事業者）の名称		
担 当 者	氏 名	
	電話番号	
入所契約（内定）の有無	有（ 契 約 ・ 内 定 （ 年 月 日 ） ） ・ 無	
備 考		

※ 市記入欄

受 付 年 月 日	年 月 日		
認 定 の 可 否	可 ・ 否 (否とする理由)	認 定 者 番 号	
		認 定 区 分 等	□ 1 号 □ 2 号 □ 3 号 (□ 標 □ 短)
		認 定 日	年 月 日
支 給 (入所) の 可 否	可 ・ 否 (否とする理由)	支 給 (利用)	自 年 月 日
		期 間	至 年 月 日
		□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型	
入 所 施 設 (事業者)名	□認定こども園(□連 □幼(□幼□保) □保(□保□幼) □地(□幼□保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)		
備 考			