

記入例

別記様式第1号（第3条関係）

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。

保護者	申請日	29年 9月 5日		
	ふりがな	とちぎ いちろう		
	氏名	栃木 市郎		
	住所	〒 328-0015 栃木市万町1234 日中連絡の取れる電話番号をご記入ください		
児童	個人番号	1234567899012		
	生年月日	S60年 8月 20日生		
	氏名	とちぎ とちすけ 栃木 とち介		
	自宅電話番号	0282-00-0000		
連絡先電話番号	090-1234-5678			
保育の希望の有無	<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。）		

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（幼稚園部分）をいいます。

保育の希望が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由であっ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。

1 保育の利用を必要とする理由

続柄	必要とする理由	備考
父	<input checked="" 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 （株）〇〇〇〇に勤務、月曜日～金曜日 8:30～20:00	
母	<input checked="" 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 ●●●●（株）に勤務、月曜日～金曜日 9:00～17:00	

2 申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 有（ <input type="checkbox"/> 卵 ）
その他特記事項	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有（ ）

3 世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	とちぎ いちろう 栃木 市郎	S60年 8月 20日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	父	<input type="checkbox"/> 対象	（株）〇〇〇〇	123456789012
	とちぎ とちみ 栃木 とち美	S63年 3月 3日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	母	<input type="checkbox"/> 対象	●●●●（株）	234567890123
	とちぎ ひかる 栃木 光	H22年 3月 4日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	兄	<input checked="" type="checkbox"/> 対象	〇〇小学校	876543210987
	とちぎ みやこ 栃木 都	S23年 5月 5日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	祖母	<input type="checkbox"/> 対象	□□□□（株）	765432109876
	とちぎ 〇〇〇〇 〇〇〇〇	年 月 日生	男・ <input type="radio"/> 女				

次の施設に入っている場合は☑を入れてください
（幼稚園・保育園・認定こども園・小学校）

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	30年4月1日から 35年3月31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	8時30分から 17時40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 ○○○保育園	（希望理由） 自宅に近いため	事業所番号（注3）
	第2希望 △△△幼稚園	（希望理由） 勤務先に近いため	事業所番号（注3）
	第3希望 □□□保育園	（希望理由） 通勤途中にあるため	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 **栃木市郎** 

記名押印

※ 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） 期 間	自 年 月 日 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	□認定子ども園（□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			