

# 支給認定申請書 兼 利用申込書

提出日記入

年 月 日

日南町長 様

(保護者氏名)

捺印 忘れずに

印

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日 (出産予定日)	性別	障害者手帳 の有無
	ふりがな	年 月 日 (予定日: 年 月 日)	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 日南町 <b>出産予定の方は予定日を記入</b> (連絡先) — — (自宅・勤務先・携帯(父母・祖父母)・その他)			
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。			
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」を記入する場合は、型保育、事業所内保育を記入して下さい。
  - 「幼稚園」を記入する場合は、型保育、事業所内保育を記入して下さい。
  - 「有」を記入する場合は、型保育、事業所内保育を記入して下さい。
- 就労等、保育を必要とする場合は有 (3号認定・2号認定)  
 ○教育時間を希望する場合は無(3歳～5歳のみ) (1号認定)  
 \*教育時間は8:15～16:00となります。

## ①世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	子どもの 続柄	生年月日	性別	勤務先 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
子どもの 世帯員	日南 太郎	父	H2年 5月 5日生	男・女	日南町役場	有・無	
	日南 花子	母	H5年 6月 6日生	男・女	あかねの里	有・無	産休
	日南 次郎	祖父	S36年 7月 7日生	男・女	林業	有・無	
	日南 緑	姉	H26年 8月 8日生	男・女	小学生	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	生活保護の有無を記入 (適用無し・適用有り) <b>1年ずつの申請 新年度4/1～3/31 又は入所希望日～3/31</b>						

## ②利用を希望する期間、希望する施設 (事業所) 名

利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する 施設名	施設 (事業者) 名・希望理由	(理由) 例 ・自宅が近い ・職場が近い ・通勤経路 ・兄弟が入所 ・その他
	第1希望 日南 山の上 石見 (理由)	
	第2希望 日南 山の上 石見 (理由)	
	第3希望 日南 山の上 石見 (理由)	

○ 「記入例」をよく読んでから記入して下さい。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き、希望する園に○をつける

裏面を忘れずに

裏面につづく

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る保育記録は、保育の利用を希望する場合は記入して下さい。  
 証明書添付をお願いします。

✓をして必要な証明書を添付してください。

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・障害 <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"/> 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))	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 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))	

ひとり親の場合は✓を入れる

家庭の状況 ひとり親家庭

希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで

・利用したい曜日にすべて○をつける  
 ・7:40~18:00のうちの利用時間を記入(土曜日保育時間 7:40~12:00)

④税情報等の提供

市町村が施設型給付費等の支給認定に必要な市町村税負担額等の情報(同一世帯員を目的)及び同一世帯員情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定提示することに同意します。

署名 捺印 忘れずに  
 保護者氏名 (印)

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無( 無・有 )  
 (なお、有の場合は旧居住地での課税証明書が必要となります。)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

今年日南町に転入した場合:有に✓ 転入前の住所を記入  
 日南町在住は無に✓

個人番号 (保護者)	確認	個人番号 (申請児童)	確認
---------------	----	----------------	----

※出産前の場合:個人番号の記入は産後に記入で結構です。申請児童分と一緒に確認を行います。  
 後日、再度送りますので記入の上返送をお願いします。

\*市町村記載欄

受付年月日	【個人番号について】 ・保護者(1名)と該当児の個人番号を記入してください。 (保護者は送迎等、主に来園される保護者の番号を記入する)
可・否 (否とする理由)	・入園後ご本人確認を職員が行いますのでマイナンバーカードをご持参ください。 (カードのない方は、①番号がわかるもの ②身分証明書(免許証等)の2つをご持参ください。)
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 年 4月 1日 至 年 3月 31日
利用施設(事業者)名 [ <input type="checkbox"/> 認定こども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保( <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <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(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定( 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	