

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 出産予定の方は予定日を記入 (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
います」
- ・「幼稚園」
- ・「有」を

○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)

宅訪問型保育、事業所内保育を

項を記入して下さい。

①世帯の状況

| 区分 | ふりがな 氏名 | 子ども との 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 | にちなん 太郎 | 父 | H2年 5月 5日生 | 男・女 | 日南町役場 | 有・無 | |
| | にちなん 花子 | 母 | H5年 6月 6日生 | 男・女 | 日南会社 | 有・無 | 産休 |
| | にちなん 次郎 | 祖父 | S36年 7月 7日生 | 男・女 | 林業 | 有・無 | |
| | にちなん みどり 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 | |
| 生活保護の有無を記入 | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| 生活保護の適用の有無 | | 適用無し・適用有り | | 1年ずつの申請 新年度4/1~3/31 又は入所希望日~3/31 | | | |

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 | |
| | 第1希望 | にちなん 山の上 石見 (理由) |
| | 第2希望 | にちなん 山の上 石見 (理由) |
| | 第3希望 | にちなん 山の上 石見 (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

○「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場合は、**証明書を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。

| | | | |
|---------------|---|--|----|
| 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 | <input type="checkbox"/> 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
 ・7:30~18:30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。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してください。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、ご了承ください。

*市町村記載欄

| | |
|--|--|
| 受付年月日 | <p>【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)</p> |
| 可・否 (否とする理由) | <p>・ご本人確認を行いますので申請時に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)をご持参ください。)</p> |
| 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 |
| 備考 | 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) |

*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 | |