

支給認定申請書 兼 利用申込書

年 月 日

日南町長 様

(保護者氏名)

㊞

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 (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。(以下同じ)
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。
 ・産前申込の場合、出産予定日は必修ですが、他は記入できる範囲で結構です。

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			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	
			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	適用無し・適用有り (保護開始)						

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	
	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)

○ 「記入例」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。

→ 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り保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。
 証明書添付をお願いします。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		<input 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))	
		<input 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))	
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

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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 (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)

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	年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日 認定	認定証番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
入園(給付)の可否 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]	利用期間 自 年 4月 1日 至 年 3月 31日	
利用施設(事業者)名 [<input type="checkbox"/> 認定子ども園(<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	