

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書兼保育所等利用調整申込書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

(あて先) 寝屋川市長

保 護 者	現住所	寝屋川市 池田西町28-22	
	申込日の属する年の前年1月1日の住所	(父) 寝屋川市内・市外(〇〇市)	(母) 寝屋川市内・市外(〇〇市)
	申込日の属する年の1月1日の住所	(父) 寝屋川市内 市外()	(母) 寝屋川市内 市外()
	氏名	(父) 寝屋川 太郎	(母) 寝屋川 花子
	携帯電話	(父) 090 - 1234 - 5678	(母) 080 - 1234 - 5678
	電話番号	(自宅) 072 - 824 - 1181	

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の申請をします。

フリガナ	ネヤガワ ジロウ	生年月日	平成 ● 年 ● 月 ● 日	性別	男 ・女
申請児童氏名	寝屋川 二郎	平成 ● 年 ● 月 ● 日	昭 ● 年 ● 月 ● 日		
保育の希望の有無	あり (入園時の子どもの年齢が0歳以上で認定こども園・保育所等での保育を希望される方) なし (入園時の子どもの年齢が3歳以上で認定こども園・幼稚園での教育を希望される方)				
1号・2号の併願希望	なし あり (併願希望施設名称)				
希望利用期間	令和 ● 年 ● 月 ● 日 から (就学前 ・ 令和 年 月 日) まで				

※保育の希望が「なし」で3歳以上の子どもは「1号」、保育の希望が「あり」で3歳以上の子どもは「2号」、3歳未満の子どもは「3号」の認定となります。

①世帯構成 ※世帯が別でも同じ住所に住んでいる人全員について記入してください。

氏名(フリガナ)	児童との続柄	生年月日	勤務先・学校名等	個人番号
(フリガナ) 寝屋川 二郎	本人	昭 ● 年 ● 月 ● 日		123456789123
(フリガナ) 寝屋川 太郎	父	昭 ● 年 ● 月 ● 日	〇〇〇	234567891234
(フリガナ) 寝屋川 花子	母	昭 ● 年 ● 月 ● 日	△△△	345678912345
(フリガナ) 寝屋川 花代	姉	昭 ● 年 ● 月 ● 日	□□保育所	456789123456
(フリガナ)		昭 年 月 日		
(フリガナ)		昭 年 月 日		
(フリガナ)		昭 年 月 日		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護 (受給中 ・ 申請中)			

②保育の利用を必要とする理由 ※「保育の希望の有無」欄で「あり」に○をつけた方のみ記入してください。

対象児童との続柄	保育の利用を必要とする理由
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・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動
母	<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・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動
利用を希望する時間	月 曜日から 金 曜日まで 8 時 30 分から 17 時 30 分まで

③利用を希望する施設(事業所)名 ※幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

利用を希望する施設(事業所)名	希望理由	見学
第1希望 さくら保育所	きょうだいがいるため	済 / 未
第2希望 たんぽぽ保育所	自宅から近い	済 / 未
第3希望		済 / 未
<input checked="" type="checkbox"/>	希望施設(事業所)への入園ができない場合、翌月以降も同施設(事業所)での利用調整の継続を希望します。	
<input type="checkbox"/>	第3希望までの全ての施設(事業所)に入園できない場合、利用可能な施設(事業所)の案内を希望します。	

※上記チェックボックスのいずれかに✓を記入してください。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育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・支給認定の内容について、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 寝屋川 太郎	受付
---	----

※施設記載欄(幼稚園等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(事業所)名
-------	-------	----------