

支給認定申請書兼利用者申込書

令和 年 月 日

柴田町長

保護者氏名

印

支給認定を受けたいので、子ども・子育て支援法第20条第1項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

別紙「記入上の注意」をよくお読みの上記入して下さい。

申請の対象となる子ども	氏名	生年月日・個人番号	年齢	性別	障害者手帳の有無
	ふりがな	H・R 年 月 日	R7年4月1日現在の満年齢 歳	男・女	有・無
	現在の保育状況	家族・その他（ ）			
保護者の住所	住所	〒 柴田町			
連絡先の電話番号	連絡のつく優先順位番号1～3を右の（ ）内に入れてください。	() 自宅電話番号	() 父携帯電話番号	() 母携帯電話番号	
支給認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
保育希望の有無 (希望するものを○で囲んでください。)	有 (※1)	保護者の労働等の理由により保育所等(※3)における保育の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願する場合を含む。)			
	無 (※2)	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願する場合を除く。)			

※1 「有」を○で囲んだ場合は、次の①～④に、必要事項を記入してください。

※2 「無」を○で囲んだ場合は、次の①～③に必要事項を記入してください。

※3 「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。

① 情報の閲覧等に関する同意の署名

申請に係る子どもが、子どものための教育・保育給付を受ける間において、町担当職員が支給認定を行うために必要な市町村民税に関する情報(同一世帯員のものを含む。)及び世帯員の情報を閲覧等すること並びにこれらの情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提示することに同意します。
保護者氏名 ㊟

② 世帯の状況(対象となる子ども以外で、保護者及び同居している人全員について記入してください。)

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日 【個人番号】	年齢(歳)	職業(会社名) または学校名等	備考 (支給認定証番号)
子どもの世帯員	ふりがな	父	S・H 年 月 日 【 】			同居・別居
	ふりがな	母	S・H 年 月 日 【 】			同居・別居
	ふりがな		年 月 日			
	ふりがな		年 月 日			
	ふりがな		年 月 日			
	ふりがな		年 月 日			
生活保護の受給の有無			無 ・ 有 (年 月 日 保護開始)			

裏面も記入願います。

③利用を希望する期間及び希望する施設（事業者）名等

利用を希望する期間	R 年 月 日 から		<input type="checkbox"/> R 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで		
利用を希望する施設（事業者）名		施設（事業者）名	希望する理由		事業所番号 (柴田町記載欄)
	第1希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	第2希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	第3希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	第4希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

④保育の利用を必要とする事由等（※1「有」を○で囲んだ方は記入してください。）

保育の利用を必要とする事由	続柄	必要とする事由		備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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（ ）		
	母	<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（ ）		
		<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（ ）		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（事由 <input type="checkbox"/> 離婚又は死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 左記以外			
必要とする利用時間	必要とする曜日（○をつけてください。）		必要とする時間	
	月 火 水 木 金 土		時 分 から 時 分 まで	

○柴田町記載欄

受付年月日		年 月 日	
認定の可否	<input type="checkbox"/> 可	年 月 日 認定	認定証番号
	<input type="checkbox"/> 否 (理由)		
入所施設（事業者）の可否	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否（否とする理由）		認定区分等
	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事） 入所施設（事業者）名		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号（ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短） <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短）
		入所施設（利用）期間	
		自： 年 月 日	
		至： 年 月 日	

○入所施設（事業者）記載欄（入所施設（事業者）を経由して柴田町に提出する場合）

受付年月日		年 月 日	
施設（事業者）		事業者番号	
担当者氏名・連絡先		担当者	連絡先
入所契約（内定）の有無		<input type="checkbox"/> 有 →（契約・内定（ 年 月 日 ）） <input type="checkbox"/> 無	
備考			