

## 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

松前町長 様

※新年度利用開始の場合、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、支給認定申請については、3月までに認定します。  
 ※施設型給付費・地域型保育給付費は、申請者に代わり利用する施設・事業者が受領します。  
 ※申請書等の記載事項は、利用調整や教育・保育の運営のために施設・事業者に提供することがあります。

平成 年 月 日

以上のことに同意の上、次のとおり申請します。 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障がい者・療育 手帳の有無	保護者との 続柄
		平成 年 月 日	男・女	有・無	子・( )
	個人番号(マイナンバー)				
保護者	住所	伊予郡松前町大字			
	H30.1.1現在	父: 松前町・松前町外( )			
		母: 松前町・松前町外( )			
連絡先	自宅 ( ) -	母携帯 -	父携帯 -		
認定証番号					※1 既に支給認定を受けている 場合に記入してください。
認定区分	1号・2号・3号				
認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
保育の希望の有無(※2)	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。)				

(※2)・「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、「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。(以下同じ)。  
 ・「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ください。

①世帯の状況(上記の子どもは除き、生計を一にしている方(別居の父・母・兄弟姉妹を含む。)を記入してください。)

区分	子どもとの続柄	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	個人番号(マイナンバー)	
					職業・学校名(学年)等	同居・別居の別
子どもの世帯員	父		昭和・平成 年 月 日生	男		同居・別居
	母		昭和・平成 年 月 日生	女		同居・別居
			昭和・平成 年 月 日生	男・女		同居・別居
			昭和・平成 年 月 日生	男・女		同居・別居
			昭和・平成 年 月 日生	男・女		同居・別居
			昭和・平成 年 月 日生	男・女		同居・別居
別居している世帯員の住所		(子どもとの続柄: )				
生活保護の適用の有無		適用なし・適用あり ( 年 月 日保護開始)				
ひとり親世帯該当の有無		該当なし・該当あり ( 母子・父子 ) □離別・死別 □未婚				
在宅障がい者(児)の有無		該当なし・該当あり (対象者氏名: ) □身体 □精神 □療育 □特児				

※生活保護の適用やひとり親世帯の該当、在宅障がい者(児)の該当がある場合には、その旨を証明する書類が必要です。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間 ※各月初日からの利用となります。		年 月 1 日 から		年 月 日 まで	
1号	内定済み施設名	クラス	満3歳・年少・年中・年長		
2号 3号	利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由			
		第1希望		(希望理由)	
		第2希望		(希望理由)	
		第3希望		(希望理由)	
(第4希望以降がある場合は、記入してください。)					

※幼稚園等の利用を希望する場合は「1号」の欄に、保育所等を希望する場合は「2号3号」の欄にそれぞれ記入してください。

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ください。

※幼稚園等の利用を希望する場合には、記入の必要はありません。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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・障がい <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( )		
希望	利用日		利用時間	
	1 平日のみ	2 平日と土曜	午前 時 から 午後 時 まで	
希望する保育必要量		1 保育標準時間認定	2 保育短時間認定	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・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

\*松前町記載欄

認定日		認定者番号	受付年月日	平成 年 月 日
平成 年 月 日				
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	
入所施設(事業者)名			利用予定期間	
<input type="checkbox"/> 認定こども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地 ) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 地域型( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事 ) <input type="checkbox"/> 保育所			自 年 月 日	
入所施設名: [ <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 ]			至 年 月 日	

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

施設(事業者)名		(事業所番号: )	個人番号利用に係る確認欄	提出者	本人・代理人(氏名: )
入所契約(内定)日	平成 年 月 日			身元確認書類	あり・なし
個人番号利用に係る確認者(確認者氏名)				個人番号確認書類	あり・なし
				個人番号確認に係る同意	あり・なし

(裏面)