

施設型給付費・地域型保育給付費等
支給認定申請書兼保育所等入所申込書

島原市長 様
島原市福祉事務所長 様

年 月 日

保護者	住所	〒 島原市		
	ふりがな			
	氏名	個人番号	認定者番号	年1月1日の住所 ※支給認定を受けている場合 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外
	電話	自宅	勤務先	
		携帯（父）	携帯（母）	勤務先（父）
				勤務先（母）

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。 ※該当する□欄に✓してください。

保育を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日	・ 小学校就学前まで
保育を希望する時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	時 分 ~ 時 分
希望する保育の必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間認定 <input type="checkbox"/> 保育短時間認定	

保育所の入所を希望するため、次のとおり申し込みます。

利用希望	第1希望	第4希望
	第2希望	第5希望
	第3希望	第6希望
	(注意) 希望した保育所に限り、利用調整を行います。正当な理由なく利用を辞退した場合、次の利用調整で不利になることがあります。	

①世帯の状況 ※父母及び同居所に住んでいる人全員（世帯分離している人も含む）について記入してください。

区分	氏名	児童との続柄	生年月日 個人番号	年齢	性別	勤務先 / 通学先等	障害者手帳の有無
申請に係る児童			年 月 日		男・女		有・無
児童の世帯員			年 月 日		男・女		有・無
			年 月 日		男・女		有・無
			年 月 日		男・女		有・無
			年 月 日		男・女		有・無
			年 月 日		男・女		有・無
			年 月 日		男・女		有・無
			年 月 日		男・女		有・無
			年 月 日		男・女		有・無
ひとり親世帯	有・無	生活保護受給	有 (. . 保護開始) . 無				

②保育の利用を必要とする理由 ※保育所、認定こども園の保育所部分、小規模保育施設等の利用を希望する場合に記入

続柄	保育の利用を必要とする理由					備考
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学等	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学等	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他	

③税情報等の提供に当たっての署名欄

島原市が、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定及び利用者負担額決定のために必要な範囲内で、市民税の情報（同一世帯者を含む。）、世帯情報その他の情報を閲覧し、または収集すること並びに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	Ⓜ
---	-------	---

