

令和〇〇年〇月〇日

桜川市福祉事務所長 様  
( 施設長 様 )

保護者住所 桜川市岩瀬64番地2

氏 名 桜川 太郎

自宅電話 ( 75 ) 3156

桜川

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を申請します。

児童名	ふりがな 氏 名		生 年 月 日		年 齢 ※年齢はR3.4.1現在	保護者 との続柄	性 別
	サクラガワ ジロウ 桜川 次郎		令和〇〇年〇月〇日生		1歳	子	男・女
保護者	父	桜川 太郎		携帯	090-0120-XXXX		
	母	桜川 桜子		携帯	090-1983-XXXX		
保育の希望の有無 (どちらかに○)	有	保護者の就労又は疾病等の理由により、保育園、認定こども園(保育部分)、地域型保育(小規模保育等)において保育の利用を希望する場合					
	無	幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合		希望施設名			

※保育の希望の有無で「有」を○にした場合は①保育の利用を必要とする理由を必ず記入してください。

①保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	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"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)やその他の内容を記入 〇〇株式会社、8:00~17:00 月~金の勤務
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)やその他の内容を記入 〇〇クリニック、シフト制・月18日の勤務	

②世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生 年 月 日	性別	年齢	勤務先名又は 学校名等	勤務先の連絡先
児童の 世帯員	サクラガワ タロウ 桜川 太郎	父	昭和〇年〇月〇日	男・女	△歳	△△銀行	0296-xx-xxxx
	サクラガワ サクラコ 桜川 桜子	母	昭和〇年〇月〇日	男・女	△歳	〇〇スーパー	0296-◇◇-xxxx
	サクラガワ ハナコ 桜川 花子	姉	平成〇年〇月〇日	男・女	△歳	岩瀬認定こども園	0296-75-2074
	サクラガワ マツオ 桜川 松男	祖父	昭和〇年〇月〇日	男・女	△歳	無	
	サクラガワ タケコ 桜川 竹子	祖母	昭和〇年〇月〇日	男・女	△歳	××建設	0296-△△-xxxx
			年 月 日	男・女			
			年 月 日	男・女			
該当項目を記入ください ・ひとり親家庭 ( 年 月~ ) ・生活保護 ( 年 月~ )							

③祖父母の情報

	同居・別居の別	氏 名	年齢	住 所(同居の場合は記入不要)	職 業
父方	同居・別居	桜川 松男	△歳		無
	同居・別居	桜川 竹子	△歳		パート
母方	同居・別居	△田 □夫	△歳	桜川市羽田1023番地	無
	同居・別居	△田 □子	△歳	桜川市羽田1023番地	無

## ④利用を希望する施設名、期間

兄弟申込の有無 (  有 ) ・ 無 )

利用を希望する施設名 (注)	第1希望 <b>岩瀬認定こども園</b>	希望理由 <b>自宅から近いので希望します</b>
	第2希望 <b>岩瀬東部認定こども園</b>	希望理由 <b>母の勤務先に近いので希望します</b>
	第3希望 <b>やまと認定こども園</b>	希望理由 <b>母の実家に近いので希望します</b>
希望する利用期間	令和〇〇年 <b>4月 1日</b> ~ 令和〇〇年 <b>3月 31日</b> まで	
希望する曜日・時間	利用曜日	利用時間
	<input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input checked="" type="radio"/> 水 <input checked="" type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金 <input type="radio"/> 土 不定期(平均週 日)	<b>7時30分</b> から <b>18時30分</b> まで

(注)幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

## ⑤児童の情報

障害者手帳の有無	<input checked="" type="radio"/> 無・有 ( 身体障害者手帳 療育手帳 )	
アレルギーの有無	<input checked="" type="radio"/> 無・有 →有の方 卵・牛乳・小麦・そば・ハウスダスト・花粉・その他( )	
健康状況 ※該当する場合記入	病名( ) 時期( 歳 カ月ごろから)	
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="radio"/> 有(内容 )	【入院】 <input checked="" type="radio"/> 有(内容 )
現在の保育状況	父・母(産休育休 求職中 その他) 祖父・祖母(父方・母方) 施設(施設名 )	

市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市民税の情報(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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇日

保護者氏名

**桜川 太郎**

## ※施設記載欄(施設を経由して市に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設の所在地	
施設名	
連絡先	
契約(内定)の有無	有 [ 契約・内定 平成 年 月 日 ] 無
備考	

## ※市記載欄

①認定の可否	可 否	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 )
②認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
③認定者番号		
④入所施設名		
入力日		
備 考	18歳以下情報	
	第1子	
	第2子	
	第3子	