

令和5年度

受付印

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 入所申込書

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

保護者氏名

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、保育所等の入所を申し込みます。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな)	生 年 月 日	性 別	障害者手帳の有無
	氏 名	個人番号(マイナンバー)		
		平成・令和 年 月 日	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒 - 尾張旭市	(転入前住所)※ 転入予定の方のみ 〒 -		
	(自宅) - - (携帯) - - (父) (携帯) - - (母)	[転入予定時期: 月]		
希望する区分に○を付けてください(※)	保育所	認定こども園(保育部分)	その他	
	幼稚園	認定こども園(教育部分)		

(※)「保育所」、「認定こども園(保育部分)」を希望する場合は①～④に、「幼稚園」、「認定こども園(教育部分)」を希望する場合は①、②及び⑤に必要な事項を記入してください。「その他」は、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育が該当する場合があります。

① 世帯の状況 ※個人番号は父母(または保護者)のみご記入ください。

区分	(ふりがな)	児童との続柄	生 年 月 日	性 別	職業又は学校名等 (R5.4.1現在)	令和4年1月1日時点 の住民登録地	備考
	氏 名		個人番号(マイナンバー)				
家族の状況 (同居の方全員記入)			年 月 日生	男・女		尾張旭市・他市区町村 ()	
			年 月 日生	男・女		尾張旭市・他市区町村 ()	
			年 月 日生	男・女		尾張旭市・他市区町村 ()	
			年 月 日生	男・女		尾張旭市・他市区町村 ()	
			年 月 日生	男・女		尾張旭市・他市区町村 ()	
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り (平成・令和 年 月 日保護開始)						

② 利用を希望する期間、希望する保育所等

利用を希望する期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
利用を希望する保育所等の名称	第1希望	保育園	第4希望	保育園
	第2希望	保育園	第5希望	保育園
	第3希望	保育園	第6希望	保育園
備考 (上記以外に保育所等を希望する場合は、順位をつけて右欄に記入してください。)*「保育園」省略可				
仮抽選番号(1~50までの数字) ※一斉申込の方のみ記入	①		②	

(表面)

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。

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()				
		通勤(通学)方法	通勤(通学)時間 片道			
		<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()				
		通勤(通学)方法	通勤(通学)時間 片道			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外					
希望する利用曜日・時間	月・火・水・木・金	時	分から	時	分まで	
	土	時	分から	時	分まで	

④ 兄弟姉妹同時申込(転園希望は除く)

兄弟姉妹同時申込	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は下記A・Bどちらかに☑してください。				
<input type="checkbox"/> A 申込児童全員を同じ保育所に入所させたい。 (※同じ保育所に空きがない場合は申込児童全員が入所できません。)					
<input type="checkbox"/> B 保育所が異なっても入所させたい。(下記①・②も選択してください)					
<input type="checkbox"/> ① どちらの選考方法を希望しますか。(どちらかに☑) <input type="checkbox"/> 児童ごとに第1希望から選考する。 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹同時に入所できるところを第1希望から探し、なければ児童ごとに第1希望から選考する。					
<input type="checkbox"/> ② 兄弟姉妹いずれかのみ入所可能な場合、入所を希望しますか。(いずれかに☑) <input type="checkbox"/> はい(児童の指定なし) <input type="checkbox"/> いいえ(申込児童全員が入所できません)。 <input type="checkbox"/> (児童名) _____ が内定した場合のみ希望する					

⑤ 情報等の提供及び支給認定証の交付に当たっての署名欄

1 市町村が施設型給付費・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。

2 支給認定証について当初入所の場合は、次年度4月の利用に向けた認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、審査結果は2月に通知されることに同意します。

3 児童の入所の決定及び入所後の発達に応じた指導を目的として健康課が所有する健康診査票等の情報の閲覧及び聞き取りを行うことに同意します。

4 支給認定のため提出した証明書類等の事実を確認できない場合は、支給認定が取り消され、特定教育・保育施設等を退所することに同意します。

保護者氏名

○字は楷書ではっきりと書いてください。消せるボールペンや鉛筆での記入はお控えください。

*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日		
認定の可否	支給認定番号	認定区分等	
可・否(否とする理由) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)	
支給(入所の可否)	支給(利用)期間		
可・否(否とする理由) 〔 <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〕	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
入所施設(事業者)名			
[<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)]			
備考			