

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

平成 年 月 日

保護者氏名 _____

(あて先) 潮来市長

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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	個人番号 【マイナンバー(12桁)】
	(ふりがな)	平成 年 月 日生	男・女	
保護者住所・連絡先	(住所) (電話番号) (連絡先電話番号)			
保育の希望の有無(*1)	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)			

(*1) ・「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。
 ・「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保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

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 <small>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</small>
		<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <small>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</small>	

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有()
その他特記事項	無・有()

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)						
生活保護の適用の有無	非該当・該当(平成 年 月 日保護開始)						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業 又は 学校名等	個人番号 【マイナンバー(12桁)】	備考
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				

(表面)

④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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
希望する 利用曜日・時間 (*3)	利用曜日	利用時間	
	曜日から 曜日まで	時 分 から	時 分 まで
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由 (*4)		
	第1希望	(希望理由)	事業所番号(*5)
	第2希望	(希望理由)	事業所番号(*5)
	第3希望	(希望理由)	事業所番号(*5)

(*3) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*4) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

(*5) 市記載欄のため、申請時に記入は不要です。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

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

* 施設記載欄（幼稚園等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（事業者）名	(施設・事業所番号：)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	有（ 契約・内定（平成 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備 考	

* 市記載欄

受付年月日	平成 年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 平成 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <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 平成 年 月 日 至 平成 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		

(裏面)

保育を必要とする理由の証明書

(あて先) 潮来市長

フリガナ			
児童氏名			
生年月日	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生
住 所			児童との続柄 父・母
保護者名			電話番号

①就労

就 労 証 明 書

収入を得ている者の氏名			
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 正職員・常勤職員 <input type="checkbox"/> 臨時・非常勤・パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 内職		
勤務開始年月日	昭・平 年 月 日 勤務・勤務予定		
1日当たり勤務時間	時 分 ~ 時 分 シフト制(実働1日 時間 分)		
勤 務 日 数	週・月 日		
1か月当たり就労時間	時間		
収 入 額	<input type="checkbox"/> 月額 円	<input type="checkbox"/> 日額 円	<input type="checkbox"/> 時間給 円
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>証明者 住 所</p> <p style="margin-left: 150px;">事業主</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="margin-left: 150px;">電話番号</p>			

※記入上の注意

- ◇ この証明書は、保育認定に際し、児童の保護者の就労状況を市が確認するための書類です。
 - ◇ 事業主(雇主・支店長・所属長)が証明してください。
 - ◇ この届け出に虚偽の証明をした場合は、認定が取り消されることもあります。
- (問合せ先) 潮来市役所 子育て支援課 電話0299-63-1111

就労以外で保育を必要とする場合は裏面へ

<input type="checkbox"/> ②妊娠、出産	予定日 平成 年 月 日 母子手帳の写しを添付	
<input type="checkbox"/> ③保護者の 疾病、障害	氏名	児童との続柄 父・母
	疾病	病名
		病状
		通院日数 毎日・週 日・月 日・年 日・入院中
	申立書または医師の診断書等を添付	
障害	障害手帳 <input type="checkbox"/> 有 身体・精神・療育 等級 号 障害者で手帳を所持している方は障害者手帳、療育手帳の写しを添付	
<input type="checkbox"/> ④同居又は 長期入院等 している親 族の介護・ 看護	病人等の氏名	(歳)
	病名	
	病状	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 長期入院 病院名	
	申立書または医師の診断書等を添付	
<input type="checkbox"/> ⑤災害復旧	平成 年 月 日 罹災 罹災証明書 の写しを添付	
<input type="checkbox"/> ⑥求職活動	求職中 ハローワークの登録証の写し、求職活動の状況がわかる申立書などを添付	
<input type="checkbox"/> ⑦就学	平成 年 月 日 入学 在学証明書・授業のカリキュラム添付	
<input type="checkbox"/> ⑧育児休業	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	育児休業を取得していることがわかる書類等を添付。勤務先の証明等	
<input type="checkbox"/> ⑨その他	虐待やDVのおそれがあること	

※第 号

保 育 所 入 所 申 込 書

平成 年 月 日

保護者 住 所

氏 名

潮来市福祉事務所長 様

保育所への入所のため、次のとおり申込みます。なお、保育料の決定のために必要があるときは、世帯員の課税状況等を、市長が税務関係所管課に報告を求めることに同意します。

入所児童	氏 名	生 年 月 日	性 別	電 話
	(ふりがな)	平成 年 月 日	男・女	
入 所 を 希 望 す る 保 育 所 名	第1希望 (希望理由)			
	第2希望 (希望理由)			
	第3希望 (希望理由)			
保育の実施を希望する期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
保 育 の 実 施 を 必 要 と す る 理 由	両親等：(), ()			

○入所児童の家庭の状況

区 分	氏 名	入所児童 との続柄	生年月日	性別	職業	課 税 の 有 無			備 考
						前年度 分市町 村民税	前年分 所得税	前年度 分固定 資産税	
入所児童の 世帯員	(ふりがな)			男・女		有・無	有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	有・無	
生 活 保 護 の 状 況		適用なし 適用あり(平成 年 月 日保護開始)							

※市町村記載欄	入所申込みの承諾	保育の実施の可否	保育の実施期間	保育の実施基準の番号
	要・否 (理由)	年 月 日承諾	自 年 月 日	両親等：(), ()
			至 年 月 日	
			入所保育所	
		備 考		

- 裏面の注意をよく読んでから記入してください。※印の欄には記入する必要がありません。
- 字は、楷書ではっきりと書いてください。

記 入 上 の 注 意

この入所申込書は、保護者が次の点に注意し記入のうえ市町村役場(市については福祉事務所)に提出してください。なお、その家庭から2人以上の児童が同時に入所を申し込む場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。

- 1 「入所児童」の欄は、「氏名」にふりがなを付し、「性別」の欄は該当するものを○で囲んでください。
- 2 「入所を希望する保育所名」は希望する順位に従い保育所名を記入し、また、その保育所を希望する理由(例えば、既に兄弟が入所しているため、延長保育を実施しているため、距離が近い等)を記入してください。
- 3 「保育の実施を希望する期間」には、小学校就学始期に達するまでの4の保育の実施を必要とする理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。
- 4 保育所へ入所できる基準は次の表に掲げるような場合で、かつ、両親以外の同居している親族等が児童の保育をできない場合に限られます。「保育の実施を必要とする理由」の欄については、()内に両親(両親と別居している場合には、現在児童の面倒を実際にみている者)が下の表の(1)から(6)までに掲げるいずれの場合に該当するかを判断して、その該当する番号をすべて記入し、かつ、その具体的な状況について、同欄に記入してください(例えば、(1)や(2)に該当する場合は勤務先・就労時間・就労日数等、(3)では親の具体的な状況等、(4)では傷病名や治療見込み期間等、(5)では看護している病人等の傷病名や治療見込み期間等、(6)では災害の程度・復旧見込み期間等)。

なお、具体的な状況を確認できる書類があればあわせて添付してください。

- 5 「入所児童の世帯員」の欄は、入所児童本人以外の入所児童の両親(同居・別居の別を「備考」に記入してください。)及び同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」及び「課税の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。また、世帯員の中で入所児童の他に保育所に入所している者がいる場合は、当該保育所名を「備考」に記入してください。

なお、保育料の決定のために必要な書類をあわせて添付してください。

- 6 保育所への入所については、
 - ・保育所へ入所できる基準に該当しないために入所が認められない場合
 - ・希望者が多数いるため希望する保育所へ入所できない場合
 - ・保育所へ入所できる基準の該当事由により保育の実施期間の希望に添えない場合がありますからあらかじめご承知ください。

保 育 所 へ 入 所 で き る 基 準

保育所へ入所できる児童は、両親いずれも(両親と別居している場合には児童の面倒をみている者)が次のいずれかの事情にある場合です。

- (1) (家庭外労働)児童の親が家庭の外で仕事をするのが普通なので、その児童の保育ができない場合
- (2) (家庭内労働)児童の親が家庭で児童と離れて日常の家事以外の仕事をするのが普通なので、その児童の保育ができない場合
- (3) (親のいない家庭)死亡、行方不明、拘禁などの理由により親がいない家庭の場合
- (4) (母親の出産等)親が出産の前後、病気、負傷、心身に障害があったりするので、その児童の保育ができない場合
- (5) (病人の看護等)その児童の家庭に長期にわたる病人や心身に障害のある人がいるため、親がいつもその看護に当たっており、その児童の保育ができない場合
- (6) (家庭の災害)火災や、風水害や、地震などの不幸があり、その家庭を失ったり、破損したため、その復旧の間、児童の保育ができない場合

家庭状況調査表

※記入漏れは、調査時に不利になる場合がありますので、
洩れのないように記入して下さい。

受付日 H.
 受付代行者(保育園)
 受付者(職員)

来庁(来園)者
 児童名
 保護者名

＜母の状況＞ (就労証明書必要)

働 い て い る 人	勤労形態	家庭外労働 自営業(中心者・協力者)・常勤・パートタイム 家庭内労働 自営業(中心者・協力者)・内職
	勤務先(店名)	TEL:
	勤務先所在地	
	通勤所要時間	分(車・バス・電車・自転車・徒歩)
	就職年月日	年 月 日
	職種(従事内容)	事務・店員・セールス・工員・その他()
	勤務(仕事)時間	時 分～ 時 分・交替制()
	勤務(従事)日数	月間 日・週 日・ 曜日休み
	給料(賃金)	月給(日・時) 円
	耕作物 耕作面積	

働 い て い な い 人	出産	予定日 平成 年 月 日 (診断書等の写必要)
	産後の就労	就労(する・しない)・未定
	就労する場合	保育園に預ける・その他()
	疾病	病名 (診断書等の写必要)
	症状	
	病院名	
	診療の始期	年 月 日から
	診療見込み	平成 年 月 日頃治癒見込み・未定
	通院日数	毎日・週 日・月 日・入院中
	身体障害者	1級・2級・3級・4級以下 (障害者手帳の写必要)
	障害名、状況	
	病人等の看護	入院付き添い看護・居宅内看護・障害児(者)の介護
病人等の氏名	(歳)	
病名(障害)	(診断書等の写必要)	
病院名		
診療見込み	平成 年 月 日頃治癒見込み・未定	

(就労(採用予定)証明書必要)

求職中	外勤希望・パート希望・内職希望・その他()
就労先確定	就労先 TEL:
	就労開始日 平成 年 月 日から
	職種

＜父の状況＞ (就労証明書必要)

働 い て い る 人	勤労形態	家庭外労働 自営業(中心者・協力者)・常勤・パートタイム 家庭内労働 自営業(中心者・協力者)・内職
	勤務先(店名)	TEL:
	勤務先所在地	
	通勤所要時間	分(車・バス・電車・自転車・徒歩)
	就職年月日	年 月 日
	職種(従事内容)	事務・店員・セールス・工員・その他()
	勤務(仕事)時間	時 分～ 時 分・交替制()
	勤務(従事)日数	月間 日・週 日・ 曜日休み
	給料(賃金)	月給(日・時) 円
	耕作物 耕作面積	
未就労(理由)		

裏面へ

<祖父母の状況>

「他」には、病名、治癒見込み期間、在園保育園名、などを記入。

父方祖父母	同居・別居（住所）(TEL)
	祖父氏名() (歳)勤務先(TEL) 勤務時間()・他()
	祖母氏名() (歳)勤務先(TEL) 勤務時間()・他()
母方祖父母	同居・別居（住所）(TEL)
	祖父氏名() (歳)勤務先(TEL) 勤務時間()・他()
	祖母氏名() (歳)勤務先(TEL) 勤務時間()・他()
その他の同居家族	氏名(歳)続柄 就労・未就労 勤務先(TEL) 勤務時間()・他()
	氏名(歳)続柄 就労・未就労 勤務先(TEL) 勤務時間()・他()
	氏名(歳)続柄 就労・未就労 勤務先(TEL) 勤務時間()・他()

<児童の状況>

生育歴	出産時の異常 無・有()		
健康 <持病> <障害>	良・普通・弱い() 無・有() 無・有(身障 級・療育)症状() ※認定はないが症状がある 症状()		
予防接種	日本脳炎	1回目 未実施・実施(平成 年 月 日) 2回目 未実施・実施(平成 年 月 日) 3回目 未実施・実施(平成 年 月 日)	
	四種混合	1回目 未実施・実施(平成 年 月 日) 2回目 未実施・実施(平成 年 月 日) 3回目 未実施・実施(平成 年 月 日) 追加 未実施・実施(平成 年 月 日)	
		麻しん	未実施・実施(平成 年 月 日)
		風しん	未実施・実施(平成 年 月 日)
		ツベルクリン	未実施・実施(平成 年 月 日)
	BCG	未実施・実施(平成 年 月 日)	
	発達状態	ことば 普通・遅れている() 身体 普通・遅れている()	
要便等 性質	自分でできる・多少介護が必要・オムツ使用 活発・普通・内気 集団性 有り・普通・不慣れ		
現状	現在の保育状況 自家保育・他家保育・他施設・勤務先帯同 保育者 父・母・父方祖父・同祖母・母方祖父・同祖母・他() 施設名、保育料1ヶ月 円		

<その他>

世帯の状況	母子世帯・父子世帯・生活保護世帯・その他
転入年月日	平成 年 月 日 より転入・地元
送迎	送迎者()、交通手段()
時間外保育希望	無・有(時 分まで)
住宅取得等年月日	昭和・平成 年 月 日取得

* その他特記事項