

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼施設利用申込書

(申請日) 年 月 日

稚内市長 あて

収受欄	住 所	〒 稚内市
	保護者氏名	⑩
	連 絡 先	

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の申請（区分が2号又は3号の場合は、保育所等の利用申込を含む。）をします。

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	保護者と の続柄	認定者番号 <small>※既に認定済の場合</small>
		年 月 日生			
個人番号			(転入前住所) 〒 —		
2年以内の 転入の有無	無 ・ 有 (転入日 年 月)				
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、 <u>保育所等</u> 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： <u>幼稚園等</u> の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）				
障害者手帳等の有無	無・有 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、 <input type="checkbox"/> 療育手帳、 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当、 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )				

①世帯の状況（申請に係る子どもの父母及び同居世帯員を記入）

区分	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性別	児童との 続柄	職業等	個人番号 (※2)
世帯員 申請に係る子どもを除く		年 月 日生				
		年 月 日生				
		年 月 日生				
		年 月 日生				
		年 月 日生				
生活保護の適用の有無		有 ・ 無		家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外	
同居家族の障害者手帳等の有無		障害者手帳等の保有者 無 ・ 有 (児童との続柄 ) ※有の場合は、手帳等の写しなどの証明書類を添付してください。				

(※2) 個人番号欄は、申請者（保護者）・配偶者（父母）、支給認定を受けようとする児童（申請児）のみご記入ください。  
父母以外の方が生計の主宰者となる場合には、生計の主宰者の方の個人番号もご記入ください。

②税情報等の提供に当たっての署名欄

この申請書による申請に係る事実についての審査に関する事務を処理するために必要な限度で、私に係る住民票に記載された住民票関係情報及び私の地方税関係情報を公簿等によって市が確認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。

氏名	⑩	氏名	⑩
氏名	⑩	氏名	⑩
氏名	⑩	氏名	⑩

**③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	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由		
	第1希望	(希望理由)	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	

**④保育の利用を必要とする理由等** (※i) 保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
		<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"/> その他 ( )	
	具体的な状況	(勤務先、就労時間・日数、疾病等の状況など)	
	続柄	必要とする理由	
		<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"/> その他 ( )	
	具体的な状況	(勤務先、就労時間・日数、疾病等の状況など)	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時 分から 時 分まで
アレルギー	無・有 ( )		

※上記理由を証明する書類を添付してください。

◆以下は記入しないでください。

※施設記載欄（施設（事業者））を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日	
施設（事業者）名	担当者名	
入所契約（内定）の有無	有（ 契約・内定（ 年 月 日契約（内定））・ 無	
備考	<input type="checkbox"/> 申請者本人確認済 <input type="checkbox"/> 個人番号確認済	

※市記載欄

認定の可否	年 月 日 可・否（否とする理由）		
認定者番号	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）	
支給期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
入所の可否	可・否	入所施設名	
入所期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
備考	<input type="checkbox"/> 申請者本人確認済 <input type="checkbox"/> 個人番号確認済		