

(入園申込と支給認定申請を別にする場合)

様式第2号(第3条・第7条・第8条・第12条関係)

(表面)

年度 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

(兼 現況届出書)

[新規・変更]

年 月 日

江北町長 様

江北町教育委員会 教育長 様

保護者(又は法人)代表者氏名

印

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 (マイナンバー)	年齢 (年4月1日現在)	性別	障害者手帳 の有無
	ふりがな 氏名	(年 月 日)	歳	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
保護者住所 (又は法人所在)	佐賀県 (地区名)				保護者との続柄
連絡先	自宅	- -	緊急連絡先	- -	※認定者番号
	父の携帯	- -	母の携帯	- -	
保育の希望 の有無	<input type="checkbox"/> 有	保護者の就労等の理由により、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)			
	<input type="checkbox"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合 (保育園と併願の場合を除く)			
入園希望施設	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 幼稚園・ <input type="checkbox"/> 保育園) <input type="checkbox"/> 地域型保育事業所(<input type="checkbox"/> 小規模保育・ <input type="checkbox"/> 家庭的保育・ <input type="checkbox"/> 居宅訪問型保育・ <input type="checkbox"/> 事業所内保育)				

※『性別』、『障害者手帳の有無』、『保育の希望の有無』及び『入園希望施設』の欄は、該当するものに☑を記載してください。

※『認定者番号』の欄は、既に支給認定を受けている場合にのみ記載してください。

※『保育の希望の有無』の欄で『有』を選択した場合は①～④に、『無』を選択した場合は①、②及び④に記載して下さい。

※『保育所等』は保育園・認定こども園(保育園)・地域型保育事業所、「幼稚園等」は幼稚園・認定こども園(幼稚園)を指します。

①世帯の状況

父母(別居も含む)及び同居所に住んでいる人全員について、記載してください。

氏名	児童との続柄	生年月日 (マイナンバー)	性別	勤務先又は 学校名等	市町村民税 課税の有無	備考
ふりがな 氏名		(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな 氏名		(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな 氏名		(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな 氏名		(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな 氏名		(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな 氏名		(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障害児又は障害者同居世帯(氏名)				
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(年 月 日保護開始)				
過去2年以内に 住所を変更した場合		(年 月 日移転) 旧住所 市・郡 町 (年 月 日移転) 旧住所 市・郡 町				

※別居の父母の場合は、備考欄に住所を記載してください。その他、特に配慮が必要な内容があれば記載してください。

※『性別』、『市町村民税課税の有無』、『家庭の状況』及び『生活保護の適用の有無』の欄は、該当するものに☑を記載してください。

※生年月日は、和暦でご記入ください。多子軽減の判定に必要なため、小学生の場合は、学年についても記入してください。

②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 及び 希望の理由	利用希望の優先順に記載してください。	
	第1希望	(理由)
	第2希望	(理由)
	第3希望	(理由)

*欄は、記載不要です。

(裏面も記載してください)

③保育の利用を必要とする理由など

※保護者の就労等の理由により、保育園などで保育の利用を希望する場合に記載してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()	
	母	<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 就労(ひと月あたりの就労時間約 時間) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()	
希望する利用時間	利用したい曜日		利用したい時間
	曜日 から 曜日 まで		時から 時まで

※『必要とする理由』の欄は、該当するものに☑を記載してください。

※「父母の収入がいずれも103万円以下」の場合、または「ひとり親世帯」の場合は、同居する祖父母等についても記載してください。

※「祖父母の年齢が65歳未満」の場合は、同居する祖父母についても記載してください。

※『必要とする理由』の欄が「就労」の場合は、ひと月あたりの就労時間を必ず記載してください。

※『希望する利用時間』の欄は、参考事項です。実際の利用が制限されるわけではありません。

④税情報等の提供にあたっての署名欄

江北町が、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に関し、必要な市町村民税の情報(同一世帯の者も含む)及び世帯情報を閲覧すること、及びその情報に基づいて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。

保護者代表者氏名

印

⑤変更認定申請及び内容の変更

変更認定申請を行う場合や申請内容に変更がある場合にのみ記載してください。

変更を行う理由		
その事実が生じた日		年 月 日
変更内容	変更前	
	変更後	

(最後に)記載事項や必要書類が不足の場合は、認定等が困難となりますので、必要事項が記載されているか再度ご確認ください。

※江北町記載欄

(以下の記載は不要です)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否		認定者番号	認定区分等
<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否 (否とする理由) 認定日: 年 月 日			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準・ <input type="checkbox"/> 短時間)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間	
<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 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 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設(事業者)名			
施設(事業者)名: <input type="checkbox"/> 認定こども園[<input type="checkbox"/> 連携型 <input type="checkbox"/> 幼稚園型(<input type="checkbox"/> 幼・ <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保育所型(<input type="checkbox"/> 幼・ <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 幼・ <input type="checkbox"/> 保)] <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 地域型保育施設(<input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> 家庭的 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 <input type="checkbox"/> 事業所内)			
保育料滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	備考	

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して江北町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名		事業所番号	
担当者名		連絡先	- -
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 契約(年 月 日) <input type="checkbox"/> 内定(年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		
備考			

※『入所契約(内定)の有無』の欄は、該当するものに☑を記載してください。

(表面も記載してください)