

(別記様式)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

年 月 日

(宛先) 沼津市長

保護者氏名 印

提出する方(父又は母)のお名前、押印

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

申請に係る 小学校就学 前 子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日 個人番号	性別	障害者手帳 の有無
	ぬまづ じろう 沼津 二郎	平成 26年 12月 9日生 1 2 3 4 5 6 7 8 × × × ×	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住 所) 410-8601 沼津市御幸町 16番 1号 (連絡先: 055 - 934 - XXXX)			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望 の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> : 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(幼稚園等併願の場合を含む) <input type="radio"/> : 幼稚園のみご希望の方はこちらにご記入ください。 <input type="radio"/> : 無 (保育所等と併願の場合を除く)			

日中連絡の取れる電話番号をすべてご記入ください。

- (※)
- 「保育所等」とは、保育所、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。(以下同じ)
  - 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
  - 「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①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	職業 又は 学校名等	個人番号
児童の 世帯員	ぬまづ たろう 沼津 太郎	父	S55年 4月 30日生	男・女	〇〇会社	2 3 4 5 6 7 8 9 × × × ×
	ぬまづ はなこ 沼津 花子	母	S55年 5月 6日生	男・女	(株)〇〇	3 4 5 6 7 8 9 0 × × × ×
	ぬまづ いちこ 沼津 市子	姉	H23年 7月 8日生	男・女	〇〇小学校	
	ぬまづ いちろう 沼津 一郎	兄	H25年 4月 20日生	男・女	〇〇保育園	
	ぬまづ かずみ 沼津 一美	祖母	S27年 8月 1日生	男・女	無職	
				年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女		
生活保護適用の有無	適用無し・適用有り( 年 月 日保護開始)					卒園までの期間をご記入ください。

父母の個人番号を記載してください。

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	平成 30年 4月 1日から 平成 34年 3月 31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		事業所番号*
	第1希望	〇〇保育園 (希望理由) 兄が通園している	
	第2希望	××保育園 (希望理由) 雰囲気の良いため	
	第3希望	△△認定こども園 (希望理由) 教育に興味がある	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。
- \*印の欄は沼津市記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③保育の利用を必要とする  
※保護者の労働又は疾病

「保育の希望」が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由で当てはまるものについて、保護者ごとにチェックを入れ、それを証明できる書類を提出してください。

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 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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的な状況 ※〇〇会社勤務 8:30~17:30 ) ※勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など	
	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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中で保育利用中 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的な状況 ※(株)〇〇勤務 9:00~17:00 ) ※勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月 曜日から 金 曜日まで		9時から 17時まで

保育の利用を必要とする具体的な状況(父、母の勤務状況等)をご記入ください。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

施設型給付費・地域型保育給付費等の支給情報を閲覧し、また、その情報に基づき提示することに同意します。

利用希望時間を24時間表記でご記入ください。

(同一世帯者を含む)及び、特定教育・保育施設等に

記名押印を必ずしてください。

保護者氏名：

印

【ここまで記入】

\*沼津市記載欄

受付年月日	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) 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 年 月 日 至 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		

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して沼津市に提出する場合)

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( 年 月 日契約(内定)))・無
備考	