

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住所 瀬戸市  
(保護者)

氏名

生年月日 昭和 平成 年 月 日

連絡先

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定を申請します。

ふりがな		生年月日	性別	個人番号(マイナンバー)								保育必要量
認定児童の氏名		平成・令和 年 月 日	男・女									<input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> (うち延長)
①保育希望 有無(※)		<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 無：幼稚園の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く）③の記入不要										
② 世帯	ふりがな	児童と の続柄	生年月日		個人番号(マイナンバー)							
	氏名	父	昭・平 年 月 日									
		母	昭・平 年 月 日									
			明・大・昭・平・令 年 月 日									
			明・大・昭・平・令 年 月 日									
			明・大・昭・平・令 年 月 日									
			明・大・昭・平・令 年 月 日									
③保育 を必要 とする 理由	続柄	必要とする理由				続柄	必要とする理由					
	父	1. 就労 2. 妊娠・出産 3. 疾病・障害 4. 介護等 5. 災害復旧 6. 求職活動 7. 就学 8. その他( )				母	1. 就労 2. 妊娠・出産 3. 疾病・障害 4. 介護等 5. 災害復旧 6. 求職活動 7. 就学 8. その他( )					
1: 認定証は申請受付日より30日以内に発行することが原則ですが、入 所審査後に発行するため30日を過ぎる場合があることを認めます。 2: 瀬戸市が支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者含む)及び 世帯情報を閲覧し、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。 父 氏名 _____ 母 氏名 _____					委任欄(※すべて申請者が記入してください。) ・施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請に係る権限を次の代理 人に委任します。 代理人住所 _____ 代理人氏名 _____ 申請者住所 _____ 申請者氏名 _____							

(※)「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、居宅型保育、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。

**\*市(施設)記載欄\***

受付年月日 令和 年 月 日

本人(身元)確認欄		番号確認	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード ※確認は以上です。	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( ) ※写真の表示等が必要 ※1つの確認で可	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 官公署発行の書類 <input type="checkbox"/> 類する書類 ※氏名/生年月日/住所必要 ※2つ以上確認必要	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 確認書類なし

認定の可否	認定者番号	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 <input type="checkbox"/> 短 )
支給(入所)の可否		支給(利用)時間
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		

**\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)\***

受付年月日	令和 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)
備考	