

様式第1号(第4条、第7条、第9条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定(変更)申請書(兼 施設等利用申込書)

【保育(2号・3号)認定児童用】

年 月 日

湖南市長 あて

施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定(変更)および保育施設への入園について、裏面に記載の同意事項に同意のうえ、関係書類を添えて申し込みします。

*市使用欄
 出生前 転入前
 育休延長希望 第1希望園のみ
 保育士等 きょうだい
 要配慮 要支援世帯
アレルギー・加配希望
その他()

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(認定者番号:)
住所	〒 - <input type="checkbox"/> 転入予定(年 月 日頃予定)
代表保護者 氏名	児童との続柄
連絡先	① 【 】 ② 【 】 ←【 】内に父、母等を記入

(受付印)

★ 代表保護者を保育料等の支払い通知を行う納付義務者とします。

は該当箇所に☑を記入

入園 児童	ふりがな 氏名		生年月日	性別	障がい手帳 の有無
			平成 令和 年 月 日生 西暦	男・女	有・無
個人番号					※ 申請に係る小学校就学前子どもの個人番号を記入してください。
保育を希望する期間	令和 年 月初日から (令和 年 月末日 ・ 就学前)まで				
入園希望園 (入所中)	第1希望 (入所中)	理由: <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 勤務地から近い <input type="checkbox"/> きょうだい等が利用中 <input type="checkbox"/> 第1希望以外の園への入園を希望しない ※ 優先度に加味されませんので、落選することがあります。			
	第2希望	理由: <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 勤務地から近い <input type="checkbox"/> きょうだい等が利用中 <input type="checkbox"/> その他()			
	第3希望	理由: <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 勤務地から近い <input type="checkbox"/> きょうだい等が利用中 <input type="checkbox"/> その他の園も希望する(自宅または勤務地付近・どこでも)			
希望時間	<input type="checkbox"/> 標準時間(11h以内) : ~ :	<input type="checkbox"/> 短時間(8h以内) : ~ :	<input type="checkbox"/> 土曜保育希望 ※ 保育時間等は園によって異なります。 ※ 保育標準時間の利用は月間120時間以上の就労などの条件が必要です。		
要配慮 希望事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 加配希望 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他())				
必要理由	父	<input type="checkbox"/> 就労(月64時間以上) <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他()		具体理由 (職種等)	
	母	<input type="checkbox"/> 就労(月64時間以上) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他()		具体理由 (職種等)	
育児休暇	<input type="checkbox"/> 希望しない 延長不可	<input type="checkbox"/> 入所できなければ 延長可能	<input type="checkbox"/> 延長を希望する ※ 延長希望の場合は入所選考の優先度が低くなります。		
支援世帯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 障がい者が在宅	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (死亡・離婚・未婚・別居・行方不明)	

☞ 同居の家族を裏面に記入してください

世帯の状況(入園児童以外を記入) ※ 同居の祖父母他も記入してください。

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	障がい手帳等	個人番号
児童の世帯員			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		

【申請にあたって同意していただく事項】

- 施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要となる世帯情報や市民税の情報(同一世帯者や同居者を含む)等について、閲覧または必要に応じて関係者等への調査を行うことがあります。
1. の情報に基づき決定した利用者負担額等の必要な情報を保育施設へ提供することがあります。
- 本申請書や他の関係書類に記載されている事項のうち利用調整および保育の提供に必要と認められる情報を施設や関係機関に提供することがあります。
- 乳幼児健診や発達相談等の保育の提供に必要と認められる情報について、関係機関への調査を行い、必要に応じて資料の提出を求められることがあります。
- 申込内容と事実に相違があり、利用または利用決定を取り消すことがあります。

※ 市記載欄

● 個人番号確認書類

個人番号カード 通知カード その他()

● 記載者身元確認書類

個人番号カード 顔写真付き証明書 その他書類2つ()