

令和4年度（2022年度）用

認定こども園1号認定用

※保育所や認定こども園（保育部分）や幼稚園を利用する場合は、別の様式をご利用下さい。

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書(1号認定) 兼 特定教育・保育施設、特定地域型保育事業入所申込書

令和 年 月 日

三原市長(福祉事務所長) 様

施設長 様

保護者氏名

次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定を申請します。

なお、三原市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、その情報及び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・保育施設等の利用施設(事業者)に対して提示することに同意して署名します。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|--|----------|----------|---|---|---|----|-----|
| 申請児童 (申請に係る 小学校就学前 子ども) | ふりがな 氏名 | | 保護者 との 続柄 | | 生年 月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 障害者 手帳等 の有無 | 有・ 無 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳() <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳() <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給資格有 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| 保護者 住所・連絡先 | 住所 | <input type="checkbox"/> 転入予定(令和 年 月 日) | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | () - () - () | 携帯()() - () - () 携帯()() - () - () | | | | | | | | |
| 住民登録について *入所する年を基準とします | 前年1月1日時点 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他()市区町村 | 本年1月1日時点 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他()市区町村 | | | | | | | | | |

特定教育・保育施設、特定地域型保育事業への入所について次の通り申込みます。

①利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名等

| | | |
|---|-----------------|--|
| 利用を希望する期間 | 令和 年 月1日から | <input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで |
| 支給認定番号 <small>(既に支給認定を受けている場合に記入して下さい)</small> | 認定日 令和 年 月 日 | |
| 利用を希望する施設名 | 希望理由 | *事業所番号 |

*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

②世帯の状況(祖父母を除く)

| | ふりがな 氏名 個人番号(12桁) | 児童 との 続柄 | 同居 ・ 別居 | 生年 月日 | 性別 | 職業又は学校名等 | 前年度分 (当年度分)市 町村民税課税 の有無 |
|------------|-------------------------|--------------------------|---------------|---------------------|-----|----------|----------------------------------|
| 1 | () | | 同 別 | 大・昭 平・令 年 月 日 | 男・女 | | 有・無 |
| 2 | () | | 同 別 | 大・昭 平・令 年 月 日 | 男・女 | | 有・無 |
| 3 | () | | 同 別 | 大・昭 平・令 年 月 日 | 男・女 | | 有・無 |
| 4 | () | | 同 別 | 大・昭 平・令 年 月 日 | 男・女 | | 有・無 |
| 5 | () | | 同 別 | 大・昭 平・令 年 月 日 | 男・女 | | 有・無 |
| 6 | () | | 同 別 | 大・昭 平・令 年 月 日 | 男・女 | | 有・無 |
| 生活保護の適用の有無 | | 適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始) | | | | | |

(裏面へつづく)

令和4年度（2022年度）用

③祖父母の状況

| 祖父母の状況 | 氏名 | | 児童との続柄 | 同居・別居 | 住所 | 年齢 | 勤め先又は現在の状況 |
|--------|----|--|--------|-------|----|----|------------|
| | 父方 | | | 祖父 | 同別 | | |
| | | | 祖母 | 同別 | | | |
| 母方 | | | 祖父 | 同別 | | | |
| | | | 祖母 | 同別 | | | |

④家庭の状況等

| | | |
|------------|---|---|
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外の特別な事由() | |
| ひとり親家庭の場合 | <input type="checkbox"/> 離婚または死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(離婚を前提) | |
| 児童扶養手当受給状況 | <input type="checkbox"/> 受給中(申請中を含む) <input type="checkbox"/> 停止中 <input type="checkbox"/> 申請していない | |
| 送迎について | <input type="checkbox"/> 【送】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 【迎】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他() |
| | <input type="checkbox"/> 【送】 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 【迎】 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他() |

⑤児童の状況

| | | |
|------------------------------|---|--|
| 現在の保育状況 | <input type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育している (父 母 続柄) <input type="checkbox"/> 保護者が職場へ連れて行っている (父 母 週 日) <input type="checkbox"/> 保護者以外が保育している (保育している人 続柄 場所) <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用している (施設名) <input type="checkbox"/> 幼稚園・認可外保育施設等を利用している (施設名 利用開始月 平成・令和 年 月) | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他()) 医師の診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食物以外のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | |
| 医療・発育・発達 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・症状) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・症状) , 病院・施設名 () |
| 特別な配慮や支援の必要具体的な内容 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 子どもの様子と必要な支援の内容 () → <input type="checkbox"/> 加配職員 <input type="checkbox"/> 医療的ケア | |
| 宗教上、食べられない物 (対応できない施設もあります。) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | |

*市記載欄ここからは記入しないで下さい。

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|--|--|-----|
| 認定の可否 可・否 (否とする理由) | 認定番号 年 月 日認定 | 認定区分 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) | 支給認定期間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 添付資料 <input type="checkbox"/> 就業等証明 <input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> その他() | 受付印 |
|--------------------------|-----------------|--|--|-----|