

(保育部)記入例

(認定・変更認定・変更届出)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和〇年〇月〇日

児童のマイナンバーを
記入してください。

保護者氏名

浅川 太郎



浅川町長 様

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	性別	保護者 との続柄	障害者手帳 療育手帳の有無
	(ふりがな) あさかわ じろう 浅川 二郎	R〇年〇月〇日生	☒ 男・女	子	有・ ☒ 無
	個人番号	〇 〇 〇 〇	△ △ △	△ △ △	△ × × × ×
保護者 住所・連絡先 ・生年月日	963-6204 浅川町大字浅川字背戸谷地112番地の15 電話番号(連絡の取れる順に記載してください)				
	① 0247-36-△△△△	父携帯・母携帯・自宅 その他()	② 090-△△△△-△△△△	父携帯・母携帯・自宅 その他()	
保育の希望の 有無(*1)	☒ 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)				
	☐ 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)				

- (*1) ・「保育所等」とは、あさかわこども園保育部、町外の保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
・「幼稚園等」とは、あさかわこども園幼稚部、町外の幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

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	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入 (株)〇〇に勤務。月曜から金曜日。8:30から17:30。月に20日程度勤務	
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入 (有)△△に勤務。月曜から金曜日。8:00から16:00。月に15日程度勤務	

②申請児童の情報

アレルギー情報	無 ☒ 有 ☐ 牛乳	ひとり親受給者証や身体障害者 手帳の写しを添付してください。	
その他特記事項	☒ 無 ☐ 有()		

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無 ☒ 非該当・該当(☐ ひとり親世帯等 ☐ 在宅障害児(者)のいる世帯)							
生活保護の適用の有無 ☒ 非該当・該当(年 月 日保護開始)							
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職 業 又は 学校名等	個人番号	備考
児童の 世帯員 (申請児童除く)	(ふりがな) あさかわ たらう 浅川 太郎	S57年10月1日生	☒ 男・女	父	会社員	△△△△××××〇〇〇〇	
	(ふりがな) あさかわ はなこ 浅川 花子	S58年8月1日生	男・ ☒ 女	母	パート	××××△△〇〇〇〇	
	(ふりがな) あさかわ いちろう 浅川 一郎	H29年5月2日生	☒ 男・女	兄	あさかわ こども園	◆◆◆	同一世帯員のマイナンバー を記入してください。また、 番号の確認のため、世帯全 員分のマイナンバーカード またはマイナンバー通知 カードを持参してください。
	(ふりがな) あさかわ あきお 浅川 秋男	S32年9月10日生	☒ 男・女	祖父	会社員	□□□	
	(ふりがな) あさかわ ふゆみ 浅川 冬美	S33年7月9日生	☒ 男・女	祖母	会社員	△△△	
	(ふりがな)		男・女				

複数年利用を予定している場合、希望する期間を記入。

利用を希望する期間	令和6年4月1日 から 令和9年3月31日 まで		
希望する 利用曜日・時間 (*3)	利用曜日	利用時間	
	月曜日から金曜日まで	7時30分 から 16時30分 まで	
利用を希望する 施設（事業者）名 (*4)	施設（事業者）名・希望理由（*5）		
	第1希望 あさかわこども園	（希望理由） 自宅から近いため	事業所番号(*6)
	第2希望	（希望理由）	事業所番号(*6)
	第3希望	（希望理由）	事業所番号(*6)

(*3) あさかわこども園幼稚部、町外の幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。
(*4) 幼稚園等を経由して町に提出する場合は記入不要です。
(*5) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。
(*6) 町記載欄のため、申請時に記入は不要です。

保育料の算定等のために、
課税状況を閲覧させてい
たします。記名・押印
をお願いします。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定及び利用施設における して必要な町民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき 決定した利用者負担額等について、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。		
保護者氏名	浅川 太郎	浅川

*施設記載欄（幼稚園等を経由して町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日		
施設（事業者）名	（施設・事業所番号： ）		
担当者氏名 連絡先	（担当者） （連絡先）		
入所契約（内）	・ 無		
備			
*町記載欄			
受付年月			
可・否 （否とする）	記入不要です		
可・否 （否とする）			
〔 □施設型			
入所施設（事業者）名			
〔 □認定こども園（□連 □幼（□幼 □保） □保（□保 □幼） □地（□幼 □保）） □幼稚園 □保育所 □地域型（□小 □家 □居 □事） 〕			
備 考			