

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼施設利用申込書

年 月 日

西ノ島町長 様

申込者(保護者) _____ ⑩

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。

また、保育所入所希望の場合は、施設利用も併せて申請します。

利用申込児童	氏 名	生 年 月 日	性 別	障がい者手帳、 療育手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日	男・女	有・無
	個人番号			
<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降(第 子)				
保護者	(氏名)			
	(住所・連絡先)	()	()	()
		()	()	()
現在の保育 の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> その他()			

⑪世帯の状況(本人以外)

区分	ふりがな 氏 名	続柄	生 年 月 日	性 別	職業または 学校名等	個人番号	備 考 (同・別)
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			
生活保護適用の有無		適用無し・適用有り (年 月 日保護開始)					
障がい者手帳の有無		無 ・ 有 (氏名: 続柄:)					
ひとり親世帯の適用		無 ・ 有					

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望する期間 及び時間	年 月 日 から 年 月 日 まで (登園) 時 分 から (降園) 時 分 まで		
利用区分の希望	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用 (1日最大8時間までの利用) <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用 (1日最大11時間までの利用) <input type="checkbox"/> 教育標準時間利用 (概ね4時間)		
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名		希望理由
	第1希望		
	第2希望		

*必ず第2希望まで記入してください。

③保育の利用を必要とする理由等

保育の利 用を必要 とする理 由	続柄	必要とする理由
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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() <input checked="" type="checkbox"/> 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数、疾病など)
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <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() <input checked="" type="checkbox"/> 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数、疾病など)

④税情報等の提供にあたっての署名欄

西ノ島町が、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することや、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。
また子どもの保育及び健やかな発育発達支援のために、関係機関に対し必要な情報提供を行うことに同意します。

保護者氏名 (印)

※町記載欄

受付年月日 : 年 月 日

認定の可否	認定番号	認定区分等
可 ・ 否		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
(否とする理由)		
年 月 日認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可 ・ 否		自 年 月 日 至 年 月 日
(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		
入所施設(事業者)名 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事		

記 入 上 の 注 意

この支給認定申請書は、次の点に注意して記入のうえ、みた保育園又は西ノ島町健康福祉課に提出してください。
なお、2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いて下さい。

- 1 「申請児童」の欄は「氏名」にふりがなを付し、「性別」の欄は該当するものを○で囲んでください。
- 2 「障がい者手帳・療育手帳の有無」の欄は、申請児童に係る障がい者手帳等(身体障害者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳等)の有無について、該当するものを○で囲んで下さい。
- 3 「保護者住所・連絡先」欄の(連絡先)については、連絡先が複数ある場合は、連絡のつきやすい順に全て記入してください。
- 4 ①「世帯の状況」の欄は、申請児童本人以外の申請児童の保護者(同居・別居の別を「備考」に記入してください。)及び同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」欄は該当するものを○で囲み、職業又は学校名等に記入をして下さい。
- 5 ②「利用を希望する期間及び時間」の欄は、小学校就学始期に達するまでのうち、施設(事業者)の利用を希望する期間、また一日のうちの登園と降園の時間をそれぞれを記入して下さい。
- 6 ②「利用区分の希望」の欄は、利用したい保育時間を記入してください。
- 7 ②「利用を希望する施設(事業者)名」の欄は、第1希望と第2希望の施設(事業者)名を記入してください。
- 8 ③「保育の利用を必要とする理由」の欄は、①「世帯状況」の欄に記入した児童の世帯員のうち、保護者 ごとに、児童を保育できない理由を8の表(1)～(10)のいずれの掲げる場合に相当するかを判断して、該当する全ての□にチェック(☑)し、かつ、その具体的な状況について、同欄に記入して下さい。(1)～(9)の場合以外で児童を保育できない理由がある場合は「その他」にチェック(☑)し、内容を()内に記入して下さい。

保育の認定基準

保育の必要性の認定を受ける場合は、保護者のいずれもが次のいずれかの事情にある場合です。

- (1) 就労等(月の就労時間が、48時間以上の場合)
- (2) 妊娠・出産(出産前後のため、児童の保育ができない場合)
- (3) 疾病・障がい(児童の保護者が病気、負傷、心身に障がいを有する場合)
- (4) 介護等(同居の親族(長期間入院等をしている親族を含む)を常時介護又は看護している場合)
- / (5) 災害復旧(震災、風水害、火災その他の災害の復旧に当たっている場合)
- (6) 求職活動(児童の保護者が継続的に求職活動(起業準備を含む。)を行っている場合)
- (7) 就学(児童の保護者が就学(職業訓練学校等における職業訓練を含む。)の場合)
- (8) 虐待・DV等のおそれがある場合
- (9) 育児休暇取得時に、既に保育を利用している子どもがいて継続利用が必要であること
- (10) その他、上記に類すると認める場合

- 9 具体的な状況については以下のとおりです。
 - (1)に該当する場合 勤務先・就労時間・就労日数・通勤時間・経路・手段 等
 - (2)に該当する場合 出産(予定)日や産後の母の状況等
 - (3)に該当する場合 傷病名や治療見込期間、障がいの程度等
 - (4)に該当する場合 介護している高齢者の介護度や病人の傷病名や治療見込期間等
 - (5)に該当する場合 災害の程度・復旧見込期間等
 - (6)に該当する場合 求職活動状況等
 - (7)に該当する場合 就学先・就学期間・就学日数等
 - (8)に該当する場合 虐待やDVの期間・警察への届出日等を記入して下さい。
- 10 ④「税情報の提供にあたっての署名」の欄は、確認の上署名をしてください。

