

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼保育所等利用申込書

大村市長 様

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。なお、大村市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定のために必要な市町村民税に関する情報（同一世帯員等を含む。）及び世帯員の情報を閲覧等すること並びにこれら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。

| | | | | | |
|------------------------|-------------------|--------|-----------------|-----------------|----------------------|
| 申請に係る 小学校就学 前子ども | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 年齢 | 障害の有無(身体/精神/療育) |
| | | 平成・令和 | 男・女 | (R4.4.1現在) 歳 | 無・有 ※有の場合、手帳の写しを添付 |
| | | 年 月 日生 | | | 特別児童扶養手当 |
| | | | | | 無・受給 ※受給の場合、証書の写しを添付 |
| 保護者の 住所・連絡先 | (住所) | | | | |
| | (電話番号) 自宅 父携帯 母携帯 | | | | |
| 令和 3年 1月 1日現在の住所 | (父) 大村市内 ・ 大村市外 | | (母) 大村市内 ・ 大村市外 | | |
| 令和 4年 1月 1日現在の住所 | (父) 大村市内 ・ 大村市外 | | (母) 大村市内 ・ 大村市外 | | |

| 区分 | (フリガナ) 氏名 | 入所児童 との続柄 | 上段：生年月日 | | 勤務先(職業)、 学校、保育施設等 |
|---------|--|--------------|--|-------|----------------------|
| | | | 下段：備 考 | | |
| ①世帯の状況 | () | 父 | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | (入所希望日時点) |
| | () | 母 | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | (入所希望日時点) |
| | () | | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | (入所希望日時点) |
| | () | | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | (入所希望日時点) |
| | () | | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | (入所希望日時点) |
| | () | | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | (入所希望日時点) |
| | () | | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | (入所希望日時点) |
| ひとり親家庭 | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(離婚・未婚・死別) | | ※該当の場合、戸籍謄本、児童扶養手当証書、父子・母子医療受給資格者証、(離婚届の)受理証明書のいずれかを提出 | | |
| 障害者の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(氏名：) | | ※ありの場合、手帳の写しを添付 | | |
| 生活保護の状況 | <input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(保護開始日 年 月 日) | | | | |
| 祖父母と同居 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | ※ありの場合、上記「児童の世帯員」欄に記入 | | |

②利用を希望する施設及び期間

<希望施設>

| | | |
|-------|--|-------|
| (施設名) | (類型) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 | (市町村) |
|-------|--|-------|

<希望期間>

| | |
|-------------|--|
| 令和 年 月 日 から | <input type="checkbox"/> 卒園 / <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで |
|-------------|--|

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼保育所等利用申込書

大村市長 様

令和 年 月 日

■消えるボールペンでは書かないでください。

大村 花子

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。なお、大村市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定のために必要な市町村民税に関する情報（同一世帯員等を含む。）及び世帯員の情報を閲覧等すること並びにこれら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。

| | | | | | | |
|------------------------|---|-------|-----|------------|----------------------|-----|
| 申請に係る 小学校就学 前子ども | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 年 | 年齢は R4.4.1 現在 | 療育) |
| | オオムラ サクラ | 平成・令和 | 男・女 | (R4.4.1現在) | (無)・有 ※有の場合、手帳の写しを添付 | |
| 保護者の 住所・連絡先 | (住所) 大村市〇〇町〇丁目〇番地 | | | | | |
| | (電話番号) 自宅 父携帯 090-1234-5678 母携帯 090-2345-6789 | | | | | |
| 令和 3年 1月 1日現在の住所 | (父) 大村市内・大村市外 (母) 大村市内・大村市外 | | | | | |
| 令和 4年 1月 1日現在の住所 | <p>■大村市外にいらっしゃる方は、令和3年1月1日時点で住民登録があった市町村での市町村民税が確認できる書類(市県民税課税所得証明書(市町村に交付を申請するもの)など)を提出してください。</p> <p>■当該書類は令和3年度分が必要です。</p> | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|--|-------------------|--|----------------|--------|
| ①世帯の状況 (児童の世帯員(同居人も含む)) | 区分 | (フリガナ) 氏名 | 入と | | |
| | | (オオムラ タロウ) 大村 太郎 | 父 (別居) | | 海上目衛隊 |
| | | (オオムラ ハナコ) 大村 花子 | 母 | 大昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇株式会社 |
| | | (オオムラ ショウブ) 大村 菖蒲 | 兄 | 大昭平 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇小学校 |
| | | (オオムラ ミライ) 大村 未来 | 妹 | 大昭 | |
| | | (オオムラ イチロウ) 大村 一郎 | 祖父 | 大昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日 | 無職 |
| | | (オオムラ ウメコ) 大村 梅子 | 祖母 | 大昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇ストア |
| ひとり親家庭 | <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(離婚・未婚・死別) | | ※該当の場合、戸籍謄本、児童扶養手当証書、父子・母子医療受給資格者証、(離婚届の)受理証明書のいずれかを提出 | | |
| 障害者の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(氏名: 大村 一郎) | | ※ありの場合、手帳の写しを添付 | | |
| 生活保護の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(保護開始日 年 月 日) | | | | |
| 祖父母と同居 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ※ありの場合、上記「児童の世帯員」欄に記入 | | | | |

②利用を希望する施設及び期間

<希望施設>

| | | |
|-------|---|-------|
| (施設名) | (類型) | (市町村) |
| 〇〇幼稚園 | <input checked="" type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 | 大村市 |

<希望期間>

| | |
|----------------|---|
| 令和△△年 △月 △日 から | <input checked="" type="checkbox"/> 卒園 / <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで |
|----------------|---|