様式第１号（第４条関係）

令和５年度【１号用】

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

令和　　年　　月　　日

大村市長　様

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。

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	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）
申請に係る小学校就学前子ども		平成・令和 年　月　日生	男・女	(R5.4.1現在) 歳	無 ・ 有 ※有の場合、手帳の写しを添付 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　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				
令和　５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 下段：備　考	勤務先（職業）、学校、保育施設等
①世帯の状況	児童の世帯員（同居人も含む）	（　　）	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	□非該当　□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	□なし　□あり（氏名：　　）	※ありの場合、手帳の写しを添付
生活保護の状況	□適用なし　□適用あり（保護開始日　　年　月　日）	
祖父母と同居	□なし　□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） □幼稚園　□こども園	（市町村）

＜希望期間＞

令和　　年　　月　　日　から　　□卒園　／　□令和　　年　　月　　日　まで

様式第１号（第７条関係）

記入例

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

令和　　年　　月　　日

大村市長　様

■消えるボールペンでは書かないでください。

次のとおり、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。

保護者氏名　大村　花子

■転入、里帰り出産、引越し予定の場合は、（　）で入居予定の住所を書いてください。

■年齢は R5.4.1 現在

申請に係る小学校就学前子ども	氏名（フリガナ） オオムラ　サクラ 大村　さくら	平成・令和 ○○年　○月　○日生	性別 男・女	年齢（R5.4.1現在） 5歳	療育） 無・有　※有の場合、手帳の写しを添付 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）長崎市□□町△△△番地△△（大村市○○町○丁目○○番地）				
	（電話番号）自宅　　父携帯　090-1234-5678　　母携帯　090-2345-6789				
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				
令和　５年　１月　１日現在の住所	（父）				

■大村市外にいらっしゃった方は、令和４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。

■当該書類は令和４年度分が必要です。

①世帯の状況

区分	（フリガナ）氏名	入所児童との続柄	生年月日	職業
児童の世帯員（同居人も含む）	（オオムラ　タロウ）大村　太郎	父（別居）		
	（オオムラ　ハナコ）大村　花子	母	大・昭・平・令　○○年○○月○○日	○○株式会社
	（オオムラ　ショウブ）大村　菖蒲	兄	大・昭・平　○○年○○月○○日	○○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　○○年○○月○○日	無職
	（オオムラ　ウメコ）大村　梅子	祖母	大・昭・平・令　○○年○○月○○日	○○ストア
	（　　）		大	

■単身赴任等で別居中の場合は、（別居）と書いてください。

■別世帯でも、同居している方全員を書いてください。

■里帰りする場合は、里帰り先の同居人も書いてください。

ひとり親家庭	☑非該当　□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	□なし　☑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	☑適用なし　□適用あり（保護開始日　　年　　月　　日）
祖父母と同居	□なし　☑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）
○○幼稚園	☑幼稚園　□こども園	大村市

＜希望期間＞

令和△△　年　△月　△日　から　　☑卒園　／　□令和　　年　　月　　日　まで