

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 申請日：令和 〇年 〇月 〇日

以下の項目に承諾した上で、施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書を提出します。
○ 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（世帯員、同居人及び生計を一にする者を含む）を閲覧、照会及び調査する（マイナンバーを用いた情報連携することを含む）ことに同意します。
○ この申請書に記載されている事項の中で、運営上必要と認められる情報（申請児童の健康状況を含む）及びこれらの情報に基づき決定した認定区分並びに利用者負担額等を特定教育・保育施設等に対して提供することに同意します。
○ 虚偽の記載を（ ）に記し、（ ）でも異議は申し立てません。

① 申請する 児童	() 大村市		〇年 〇月 〇日	〇歳	障がい等 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級
② 保護者 ※主に連絡 のやりとり ができる方 を記載して ください。	氏 名(フリガナ) (オオムラ ハナコ) 大村 花子	生年月日 令・平・昭 〇年 〇月 〇日	続柄 母	連絡先（携帯番号） 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	障がい等 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級
住所（〒〇〇〇 - 〇〇〇〇） 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地		建物名			
③ ②以外の 保護者	氏 名(フリガナ) (オオムラ タロウ) 大村 太郎	生年月日 令・平・昭 〇年 〇月 〇日	続柄 父	連絡先（携帯番号） 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	障がい等 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級
※別居の場合に記載 住 所 ☑ 単身赴任 □ その他 (〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地)					
令和7年1月1日の 住民票	(父) ☑ 大村市 □ 市外		都・道 府・県	市・区 町・村	(母) ☑ 大村市 □ 市外
④世帯の 状況（祖父母、 同居人等を含む）	小学生 未満 1人	□ きょうだいの在園児有		□ きょうだい児の同時申請有	
		□ 同居の祖父母有		□ 同居する 65 歳未満の祖父母が保育を必要とする理由がない	
	(フリガナ) 氏 名	申請児童 との続柄	生年月日	勤務先(職業)、学校、保育施設等の 名称 ※ (入所希望日時点)	障がい の有無
	※申請する児童及び保護者を除く (オオムラ イチロウ) 大村 一郎	祖父	令・平・昭 年 月 日	〇〇株式会社	□有
	(オオムラ ウメコ) 大村 梅子	祖母	令・平・昭 年 月 日	〇〇保育園	□有
	()		令・平・昭 年 月 日		□有
■別世帯でも、同居している方は全員をご記入ください。 ■里帰りする場合は、里帰り先の同居人をご記入ください。					
家庭の状況 □ ひとり親家庭 (離婚・未婚・死別) □ 生活保護 (開始日： 年 月 日)					

⑤施設等の利用希望期間及び利用希望時間

令和8年 4月 1日から	□ 卒園まで □ 年 月 日まで
□保育短時間 (市内施設 8：30～16：30)	☑保育標準時間 (市内公立 7：30～18：30) (市内私立 7：00～18：00)

受付印

No

⑩申請児童の健康状況について

※ご記入いただいた内容によっては診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。

※健康状況について日常的な配慮が必要な場合、事前に保育施設の見学・相談を行い、当該施設の受入状況が整っていることを確認したうえで、本申請書を提出してください。保育施設への事前相談等を行わずに入所が内定した場合、保育施設側の保育士及び看護師の配置状況が整っていない等の理由により入所内定を取り消す場合があります。

記入例

言葉や発達で気になる点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	卵アレルギー
エピペン処方の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
児童の健康状態や日常生活について、気になることがあれば記入してください。 (例) けいれんの有無。 療育を受けている。 通所受給者証を持っている等。	<div>■普段の生活で気になることをお書きください。入所後の面談で利用します。</div>
医療的ケアが必要 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

※ 介護・看護（保育理由が介護・看護の場合に記載してください）

介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 身体・精神 1・2 級、療育 A1・A2 を所持、要介護認定 3～5 の親族を介護 <input type="checkbox"/> 身体・精神 3・4 級、療育 B1・B2 を所持、要介護認定 1～2 の親族を介護 <div>■大村市記入欄には何も書かないようにお願いします。</div> <input type="checkbox"/> 本人がサービス、訪問看護を週 3 日未満利用
----------	---

大村市記入欄

入所要件	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV				
住民 C D		世帯 C D		市町村民税所得割額 (均等割・税額控除除く)	円
父	月	時間 / 週	日	母	月 時間 / 週 日
<input type="checkbox"/> きょうだい児が系列施設在園中			<input type="checkbox"/> 新 2 号きょうだい児		
<input type="checkbox"/> 保育士経験		<input type="checkbox"/> 多胎児		<input type="checkbox"/> 地域卒卒園児	

No