

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼
幼稚園・保育園・認定こども園・地域型保育入園申込書

那須塩原市長 様

那須塩原市福祉事務所長 様

(施設長 様)

年 月 日

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。

申請児童	氏名	生年月日 ※年齢は4.1現在	性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(フリガナ)	年 月 日生 (歳 月)	男・女		
保護者	⑩	年 月 日生	電話番号 (自宅)		
	(住所) 那須塩原市		父携帯		
			母携帯		
保育の希望の有無	有	保護者の労働、疾病その他の理由により、保育園、認定こども園（保育部分）又は地域型保育（小規模保育等）において保育の利用を希望する場合			
	無	幼稚園又は認定こども園（教育部分）の利用を希望する場合			

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○で囲んだ場合のみ、記入してください。

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	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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	

②世帯の状況

ひとり親世帯等の適用の有無	無 ・ 有 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)						
生活保護の適用の有無	無 ・ 有 (年 月 日保護開始)						
区分	氏名	生年月日	個人番号	性別	児童との続柄	勤務先名又は学校名等	勤務先の連絡先
児童の世帯員		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			

③祖父母の情報

		同居・別居の別	氏名	年齢	住所（同居の場合は記入不要）	職業
父方	祖父	同居・別居・他				
	祖母	同居・別居・他				
母方	祖父	同居・別居・他				
	祖母	同居・別居・他				

④申請児童の情報 (裏)

障害者手帳の情報	無・有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有 ()
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他 () 主な症状 ()
健診での指導事項	無・有 ()
通院・入院の有無	【通院】無・有 (内容) 【入院】無・有 (内容)
子育て関係機関への相談	無・有 (子育て総合センター・保健センター・児童相談所・その他) 相談内容 ()
現在の保育状況	母 (産休育休・求職中・その他) 祖父母 (父方・母方) 施設 (施設名)

⑤利用を希望する期間等

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (*1)	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土 不定期 (平均週 日)	時 分 から 時 分 まで
利用を希望する 施設 (事業者) 名 (*2)	施設 (事業者) 名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	第4希望	(希望理由)
	第5希望	(希望理由)

(*1) 幼稚園等の利用を希望する場合は、記入不要です。

(*2) 幼稚園等を経由して市に提出する場合又は既に保育園、幼稚園若しくは認可外保育施設を利用している方は、記入不要です。

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に当たり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、保育施設等の申込みに関する世帯情報を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。 保護者氏名
--

*施設記載欄 (幼稚園等を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設 (事業者) 名	担当者名
入園内定の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約 (内定))) ・ 無

*市記載欄

受付年月日	年 月 日	認定 担当者	入力 担当者
認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)	
支給 (入所) の可否 可・否 (否とする理由) [□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]	支給 (利用) 期間 自 年 月 日 至 年 月 日		
入所施設 (事業者) 名			
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)			