

様式第 号 (第 条関係)

※ 第 号

支給認定申請書

平成 26 年 11 月 4 日

保護者氏名 結城 秀康 印

結城市長 殿

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 (ふりがな) ゆうき たろう 結城 太郎	生年月日 平成 25 年 7 月 8 日生 4 月 1 日時点の年齢 1 歳	性別 男 ・ 女	障害者・療育手帳の有無 有・無
	現住所：結城市 大字結城 1 4 4 7		平成 27 年 4 月 1 日時点での お子様の年齢	
	電話番号 自宅： 0296 (32) 1111 携帯電話 父親： 090 (****) **** 母親： 090 (****) ****			
保護者 住所・連絡先	認定者番号 ※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望の 有無 (※)	有：保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等との併願の場合を含む) 無：幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園、幼稚園のみ希望の場合には「無」に○ 事業所内保育をいいます。(以下同じ)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(保育部)のみをいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は、①～③に必要事項を記入してください。

①世帯の状況(同居の世帯員)

区分	氏名	子ども との 続柄	生年月日	性別	職種・勤務先 学校等	備考
子ども の 世帯 員	結城 秀康	父	S60.1.1	男・女	会社員 まゆげった商事	
	ゆり子	母	S61.3.8	男・女	パート スーパー結城	
	つむぎ	姉	H22.9.4	男・女	結城幼稚園	
	一郎	祖父	S33.5.8	男・女	公務員 結城市役所	
	きり江	祖母	S32.8.16	男・女	無職 病氣療養中	
					男・女	
生活保護の状況		適用なし	適用あり(平成 年 月 日保護開始)			

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	平成 27 年 4 月 1 日 から 平成 32 年 3 月 31 日 まで	
利用を希望する 施設(事業者)名及び 希望理由	第1希望 結城幼稚園 (希望理由) 家から近い	
	第2希望	現在通っている幼稚園又は入園を希望する幼稚園名を記入
	第3希望	

③個人情報等の提供等に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、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、新年度への支給認定の申請のため、市による認定事務及び利用調整事務が集中することから、認定申請の結果が12月下旬となることに同意します。

内容をよく読み、同意欄に署名をお願いします

保護者署名

結城 秀康

④保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

	続柄	必要とする理由
	保育の利用を必要とする理由	父
母		<input type="checkbox"/> 就労・就学 10:00 ~ 15:00, 週 4 日・月 16 日 通勤時間(片道) 時間 30 分 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 親族の介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出生予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不存在 (離婚・未婚・別居・死別) <input type="checkbox"/> その他 ()
祖父 (同居時のみ)		<input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 親族の介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> その他 ()
祖母 (同居時のみ)		<input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 親族の介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> その他 ()
希望する利用曜日・時間		利用希望曜日(該当に○) 月・火・水・木・金・土

幼稚園のみを希望する場合は、④の記入は不要です。

【これ以降は記入しないでください】

※結城市記入欄

受付年月日	平成 年 月 日		
可・否	認定の可否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分
年 月 日 申定			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
可・否	支給(入所)の可否 (否とする理由)	支給(利用)期間	
年 月 日 申定		自 : 平成 年 月 日 至 : 平成 年 月 日	
入所施設(事業者)名			
保育所・幼稚園・認定こども園・その他			
備考			