



# 支給認定申請書

南丹市長 様

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。

申請日：平成 年 月 日

申請に係る 児童の氏名	フリガナ	生 年 月 日	性 別	
		年 月 日	男・女	
申請者 (保護者)	氏 名	フリガナ	年齢(次の4月1日現在)	保護者との続柄
			歳	第 子
	現住所	〒		
	次の4月1日 に住むところ	(現住所と違う場合のみ記入してください。) 〒 南丹市		
	連絡先 (電話番号)	①	(自宅・父携帯・母携帯)	
②		(自宅・父携帯・母携帯)		

【家庭の状況】 ※申請児童を除く 父、母、きょうだい、祖父母の順に記載してください。

(同じ敷地内に別棟で住んでいる場合も同居とみなします。)

(フリガナ) 氏 名	児童と の続柄	生年月日 年齢(次の4月1日現在)	性別	職業又は学校名等	同居か 別居の 区分	市民税 課税の 有無	備考
( )		年 月 日 歳	男・女		同・別	有・無	
( )		年 月 日 歳	男・女		同・別	有・無	
( )		年 月 日 歳	男・女		同・別	有・無	
( )		年 月 日 歳	男・女		同・別	有・無	
( )		年 月 日 歳	男・女		同・別	有・無	
( )		年 月 日 歳	男・女		同・別	有・無	
※該当する項目があれば印(☑)をつけてください。	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 (開始日 年 月 日)						
	<input type="checkbox"/> 在宅障がい児・障がい者のいる世帯 (氏名 ) ※障害者手帳等の写しを添付してください。						
平成29年1月1日現在の住所	南丹市(父・母) / 南丹市外(父・母) ( )						
平成30年1月1日現在の住所	南丹市(父・母) / 南丹市外(父・母) ( )						

【保育希望の有無】※「有」「無」のどちらかを○で囲んでください。

の 有 無 保 育 希 望	有	3歳～5歳児で保護者の就労又は疾病等の理由により保育所等で保育を希望する場合
		0歳～2歳児で保護者の就労又は疾病等の理由により保育所等で保育を希望する場合
	無	3歳～5歳児で保育が不要で、幼稚園等の教育の利用のみを希望する場合

■保育希望「有」の方のみ

【保育を必要とする事由等】 ※父母それぞれについて、又は父母に代わる保護者について記入してください。

児童との続柄	保育を必要とする事由 (該当する主な項目一つに印(☑)をつけてください。)	
(父、母等を記入してください)	<input type="checkbox"/> 就労(1箇月につき48時間以上勤務が常態)	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 継続的な求職活動(起業準備含む)
	<input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい	<input type="checkbox"/> 就学(職業訓練校含む)
	<input type="checkbox"/> 同居又は長期入院中等の親族の介護・看護	<input type="checkbox"/> 育児休業(継続児の保育)
	<input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれがあること	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
	上記の具体的な状況(勤務先、勤務時間、月の勤務日数、病名、病状等)	
(父、母等を記入してください)	<input type="checkbox"/> 就労(1箇月につき48時間以上勤務が常態)	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 継続的な求職活動(起業準備含む)
	<input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい	<input type="checkbox"/> 就学(職業訓練校含む)
	<input type="checkbox"/> 同居又は長期入院中等の親族の介護・看護	<input type="checkbox"/> 育児休業(継続児の保育)
	<input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれがあること	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
	上記の具体的な状況(勤務先、勤務時間、月の勤務日数、病名、病状等)	
保育の利用を希望する期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで・就学まで	
保育を希望する曜日	月・火・水・木・金・土(○で囲んでください。)	
保育を希望する時間	時 分～時 分(24時間表記で記入ください。)	
希望認定時間 (保育必要量区分)	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(最大11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間(最大8時間)	印(☑)をつけてください。 保育を必要とする事由や就労時間等の認定要件により区分します。標準時間認定に該当する方が短時間で利用を希望できますが、短時間認定に該当する方が標準時間の利用を希望することはできません。

■すべての方に【同意、署名と押印に関して】

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民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧又は収集すること。並びに、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・保育施設または特定地域型保育事業者に対して提供することに同意します。  
また、次年度4月に向けた認定申請に対する処分については、その事務が集中するため審査に時間を要することから、審査結果の通知が申請から30日を超えることに同意します。

申請者(保護者)氏名

印

[※市記載欄]

認定の可否	可・否	平成 年 月 日認定	認定事由		認定番号	
認定区分	<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号(標準・短) <input type="checkbox"/> 3号(標準・短)	認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで・就学まで		
利用施設			幼稚園・保育所	備考		