

施設型給付費・地域型保育給付費等給付認定申請書

年 月 日

保護者氏名(代表者)

加須市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別 (記載は任意)	障害者手帳 の有無
		年 月 日生		有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) (固定電話： ) (父携帯： ) 母携帯： )			
マイナンバー				
保育の希望の 有無(※)	有 : 保護者の就労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			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合			

- (※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育事業所及び事業所内保育事業所等をいいます。(以下同じ)  
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。  
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、④及び⑤に必要事項を記入してください。

① 家族の状況(同居者(単身赴任等で別居の方も含む)は全員記載してください) ※記入日現在

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との 続柄	生年月日	職 業 又は 学校名等	マイナンバー (保護者のみ記入)
児童の 家族 状況			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り( 年 月 日保護開始)			
令和7年1月1日現在(予定)の住所					
令和6年1月1日現在の住所					

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	年 月 日から 年 月 日・就学前まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	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)
		*見学した日付

③保育の利用を必要とする理由等（保育所等において保育の利用を希望する場合、該当する全ての□にチェック（☑）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"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧活動 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 不存在（ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他） ※具体的な状況（ 	
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"/> 災害復旧活動 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 不存在（ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他） ※具体的な状況（ 		

※具体的な状況欄には、勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況などを記入してください。あわせて、それらの状況が確認できる書類を添付してください。

④税情報等の提供等に当たっての同意及び児童手当に係る保育料・給食費の徴収等に関する申出に係る署名欄

加須市が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付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すること及び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、児童手当法第21条第1項または第2項の規定に基づき、加須市長から給付を受ける児童手当の額から、保育料・給食費について、当該児童手当の支払期日をもって支払いに充てる旨を申し出ます。なお、申出の撤回又は申出内容の変更を行わない限りにおいて、本申出に基づき、保育料・給食費に未納がある間、児童手当から各費用の支払に充てるものとします。

保護者氏名 父 \_\_\_\_\_ / 母 \_\_\_\_\_

⑤給付認定証の交付希望

給付認定決定通知書の通知に合わせて給付認定証の交付を受けることができます。希望される場合は職員にお申し出ください。

\*加須市記載欄

受付年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/>	給付認定証希望あり
認定の可否	認定番号	認定区分等	
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)	
給付(入所)の可否		給付(利用)期間	
可・否 (否とする理由) 〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕		自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設(事業者)名			
〔 □認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事) 〕			

\*施設記載欄(施設(事業者)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	(事業所番号: )
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定 ( 年 月 日契約(内定))) ・ 無

(裏面)

様式第1号(第2号関係)

記入例

必ずボールペンで記入して下さい。

鉛筆・シャープペンシル及び消えるボールペン等での記入は無効となります。

施設型給付費・地域型保育給付費等給付認定申請書

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名(代表者) 加須 太郎

加須市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る給付認定を申請します。

Table with 5 columns: 申請に係る小学校就学前子ども, (ふりがな)氏名, 生年月日, 性別(記載は任意), 障害者手帳の有無. Includes fields for address, phone numbers, and care preferences.

- (※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育事業所及び事業所内保育事業所等をいいます。(以下同じ)
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
・「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、④及び⑤に必要事項を記入してください。

① 家族の状況(同居者(単身赴任等で別居の方も含む)は全員記載してください) ※記入日現在

Table with 6 columns: 区分, (ふりがな)氏名, 児童との続柄, 生年月日, 職業又は学校名等, マイナンバー(保護者のみ記入). Includes a section for living protection application status.

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

Table with 3 columns: 利用を希望する期間, 施設(事業者)名・希望理由, \*見学した日付. Includes fields for start/end dates and facility names.

③保育の利用を必要とする理由等（保育所等において保育の利用を希望する場合、該当する全ての□にチェック（☑）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"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧活動 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 不存在（ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他） ※具体的な状況（ 	
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"/> 災害復旧活動 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 不存在（ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他） ※具体的な状況（ 		

※具体的な状況欄には、勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況などを記入してください。あわせて、それらの状況が確認できる書類を添付してください。

④税情報等の提供等に当たっての同意及び児童手当に係る保育料・給食費の徴収等に関する申出に係る署名欄

加須市が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付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すること及び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、児童手当法第21条第1項または第2項の規定に基づき、加須市長から給付を受ける児童手当の額から、保育料・給食費について、当該児童手当の支払期日をもって支払いに充てる旨を申し出ます。なお、申出の撤回又は申出内容の変更を行わない限りにおいて、本申出に基づき、保育料・給食費に未納がある間、児童手当から各費用の支払に充てるものとします。

保護者氏名 父 加須 太郎 / 母 加須 花子

⑤給付認定証の交付希望

給付認定決定通知書の通知に合わせて給付認定証の交付を受けることができます。希望される場合は職員にお申し出ください。

\*加須市記載欄

受付年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/>	給付認定証希望あり
認定の可否	認定番号	認定区分等	
可・否 (否とする理由)		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)	
年 月 日認定			
給付(入所)の可否		給付(利用)期間	
可・否 (否とする理由) 〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕		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(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)〕			

\*施設記載欄(施設(事業者)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	(事業所番号: )
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定 ( 年 月 日契約(内定))) ・ 無

(裏面)