

第1号様式（第2条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定（現況）申請書

令和 7 年〇月〇日

記入例

大井町長 様

申込者（保護者） 大井 太郎 ㊞

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。

また、大井町が施設型給付費・地域型給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む）及び世帯情報を閲覧することや、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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏 名	生年月日	個人番号	認定番号（※1）
	ふりがな おおい はなお 大井 花男	令和2年10月24日	123456789123	
保護者住所・連絡先	(住所) 大井町金子1995番地			
	(連絡先) 自宅電話番号 0465-83-1311		<父携帯> 〇×〇-〇〇××-××〇〇 <母携帯> 〇×〇-〇××〇-×〇〇×	
	令和7年1月1日現在の住所		大井町内 ・ 大井町外	
保育の希望の有無（※2）	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（保育所等との併願の場合を除く）		

（※1）既に支給認定を受けている場合に記入してください。

（※2）・「保育所等」とは、保育所、認定子ども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。（以下同じ）

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定子ども園（教育部分）をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は、①②に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性 別	職業又は学校名等	前年度（当年度）市町村民税課税の有無	個人番号	備考
入所児童の世帯員	(ふりがな) おおい たろう 大井 太郎	父	昭和56年6月10日	男 ・女	〇〇〇	有 ・無	123456789321	
	(ふりがな) おおい はなこ 大井 花子	母	昭和57年7月18日	男・ 女	主婦	有 無	123456789133	
	(ふりがな) おおい つきこ 大井 月子	姉	平成24年10月1日	男・ 女	〇〇小学校	有 無	123456789122	
	(ふりがな)			男・女		有・無		
	(ふりがな)			男・女		有・無		
	(ふりがな)			男・女		有・無		
生活保護の適用の有無		☒ 適用なし ☐ 適用あり（ 年 月 日保護開始）						
障害者手帳の有無		☒ 無 ☐ 有⇒氏名（ ）種類（ ）等級・程度（ ）						

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	令和8年 4月 1日 から 令和11年 3月31日 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	〇〇幼稚園	区域内のため
	第2希望		
	第3希望		

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等により、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
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休取得時に保育利用中の子ども ☐ 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）	
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休取得時に保育利用中の子ども ☐ 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）	
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ☐ 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで

以下は記入しないでください。

※市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

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 （ ☐ 標準 ☐ 短）
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可 ・ 否 （否とする理由）		自 年 月 日
[☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型]		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）		
備 考		

※施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設（事業者）名	
担当者氏名	
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
備考	