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

年　　月　　日

大井町長　様

申込者（保護者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

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 ふりがな	生年月日 年　月　日	個人番号	認定番号（※１）
保護者 住所・連絡先	（住所）			
	（連絡先） 自宅電話番号	＜父携帯＞ ＜母携帯＞		
	令和８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、認定こども園（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、認定こども園（教育部分）をいいます。

・「有」を〇で囲んだ場合は①～③に、「無」を〇で囲んだ場合は、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）			男・女		有・無		
	（ふりがな）			男・女		有・無		
	（ふりがな）			男・女		有・無		
	（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	年　　月　　日　から　　年　　月　　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		
	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。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		□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	