

施設型給付費・地域型保育給付費等 認定申請書（新規・変更） [] → [])
 現況届（継続）
 施設入所申請書（新規・継続） ※保育所のみ

令和 年 月 日

保護者氏名

延岡市長 様

次のとおり、 施設型給付費・地域型保育給付費に係る認定を申請します。
 現況を届出ます。
 入所を申請します。

(施設名) から転園

申請（届出）に 係る 小学校就学前 子ども (申請子ども)	(ふりがな) 氏 名	生年月日及び年齢		性別	障がい手帳 の有無
		令 和 年 月 日生	令和8年4月1日現在 歳		
保護者の 住所・連絡先	(住 所) (TEL) 自宅 携帯（続柄）	携帯（続柄）			
保育の希望の 有無 ^(※1)	<input type="checkbox"/> 無 (1号)	新2・新3号認定の申請	：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）		
	<input type="checkbox"/> 有 (施設等利用給付認定)	保育利用希望時間 ^(※2)	：保護者の労働（月60時間以上）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）		
<input type="checkbox"/> 有 (2・3号)	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間				

※1 「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育等の地域型保育事業をいいます（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。「無」をチェック（）した場合は①、②及び④に、「有」をチェック（）した場合は①～④に、必要事項を記入して下さい。

※2 「標準時間」とは、1日最長11時間の利用、「短時間」とは、1日最長8時間の利用をいいます。ただし、利用時間帯については、保育所等が定める時間帯での利用となります。また、保育を必要とする理由の状況等により、ご希望に添えない場合があります。

①世帯の状況

保護者・生計が同じ申請子ども（別居含む）・同居の祖父母は必ずご記入ください。

区分	(ふりがな) 氏 名	申請子ど もとの続 柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	市町村民税 課税の有無	障がい手帳 の有無 ^(※3)	備考 (同居・別居)
申請子ど もの世 帯員			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し · <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始)						
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ^(※4) (児童扶養手当 · ひとり親家庭等医療費助成) <input type="checkbox"/> 上記以外 ()						

※3 「障がい者のいる世帯」の場合、利用者負担額（保育料）の基準表が変わります。障がい手帳の写しをご提出ください。

※4 「ひとり親家庭」について、児童扶養手当の認定を受けている、または、ひとり親家庭等医療費助成を受給している場合は利用者負担額（保育料）の基準表が変わります。世帯構成の変更（婚姻、離婚等）がございましたら、利用施設またはこども保育課にご連絡ください。

②利用開始希望日、希望する施設（事業者）名

利用開始希望日	令和 年 月 日 から
利用を希望する 施設名（事業者） 及び希望理由	入 所 希 望 施 設
	施 設 名 :
	希望理由 :

(裏面へ)

*市記載欄 個人番号付票確認 口座振替依頼書の提出（保育所新規） [有 · 無 · その他]

利 用 者 負 担	年 月 日	, , ~	, , ~	, , ~	, , ~	
	市町村民税 所得割課税額 (円)	父	父	父	父	
		母	母	母	母	
	階層 負担額 (円)					
	チ エ ク 欄	減・軽・障・ひとり・(48未・超)	減・軽・障・ひとり・(48未・超)	減・軽・障・ひとり・(48未・超)	減・軽・障・ひとり・(48未・超)	
	入力日	通知日	入力日	通知日	入力日	通知日

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。

保育の利用を必要とする理由	統柄	必要とする理由	備考
			(具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))
父		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得時の保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()	勤務先名: 就労時間: 時 分 ~ 時 分 勤務日数: 日 (月平均) 通勤時間: 片道 分 車・バイク・自転車・徒歩・バス・電車 *バス・電車の場合(待ち時間: 分)
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得時の保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()	勤務先名: 就労時間: 時 分 ~ 時 分 勤務日数: 日 (月平均) 通勤時間: 片道 分 車・バイク・自転車・徒歩・バス・電車 *バス・電車の場合(待ち時間: 分)
希望する利用曜日			<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
認定者番号		※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。	

④税情報等の提供及び認定に関する処理期間に係る署名欄

- 市が施設型給付費・地域型保育給付費等の**教育・保育給付**認定及び利用者負担額の算定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を提供及び閲覧すること、個人番号の提供及び利用、また、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。
- 翌年度4月利用開始にかかる**教育・保育給付**認定申請について、利用に向けた認定事務が集中するため審査に時間を要することから、審査結果は3月末までに通知されることに同意します。

保護者氏名(自署の場合押印省略可)

(申請者の記入はここまで)

*市記載欄

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

*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	令和 年 月 日
施設(事業者)名 (施設番号:)	
担当者氏名 連絡先	(担当者) (TEL)
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 契約・ <input type="checkbox"/> 内定 (令和 年 月 日 契約(内定))) · <input type="checkbox"/> 無
備考	