

# 宮津市特定教育・保育施設等支給認定申請書 兼 利用申込書

宮津市長 様

次のことに同意のうえ、施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定の申請及び施設利用を申込みます。

- 住所 宮津市字
1. 利用者負担額算定に必要な課税状況等について関係官署に調査・照会すること。 保護者(申請者) 氏名 ⑧
2. 決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設へ提示すること。 申請者以外が提出する場合に記入。上記申請及び個人番号の提出について、次の者に委任します。
3. 利用申込児童の健康及び発達状況等について関係官署に照会すること。 (受任者(提出者) 氏名 申請者との関係)
4. 入所決定後に児童及び家族の状況について入所予定施設へ情報提供すること。 連絡先(自宅) (携帯) (父)(母)
5. 支給認定申請結果について、4月からの利用については認定事務が集中するため、審査に時間を要し、30日を超えて結果の通知を受け取ること。 支給認定番号 前在籍施設等 幼稚園 保育所 ことば園
- ※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)
		男・女	平成 年 月 日生	
利用希望期間	平成 年 月 1 日から { ・小学校就学前まで ・平成 年 月 日まで			
保育の実施を必要とする理由 (該当する番号を記入してください) ※保育施設希望者のみ	父 ( ) 母 ( ) 父母以外の保護者 ( )			
	1.居宅外の労働 2.居宅内の労務 3.疾病・負傷・障害による 4.出産の前後 5.同居家族の介護 6.災害の復旧 7.その他 ( )			
利用希望施設	第1希望	幼稚園 保育所(園) ことば園	[希望理由]	
	第2希望	幼稚園 保育所(園) ことば園	[希望理由]	
	第3希望	幼稚園 保育所(園) ことば園	[希望理由]	

○入所児童の家族の状況(祖父母は除く) また別居していても生計が同一の子どもがいる場合は記入

区分	氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	勤務先又は学校名 (※幼稚園名は必ず記入)	同居・別居の別	個人番号(マイナンバー)
入所児童の世帯員			昭和・平成 年 月 日	歳	男・女		同居・別居	
			昭和・平成 年 月 日	歳	男・女		同居・別居	
			昭和・平成 年 月 日	歳	男・女		同居・別居	
			昭和・平成 年 月 日	歳	男・女		同居・別居	
			昭和・平成 年 月 日	歳	男・女		同居・別居	
世帯等の状況	1.母子・父子世帯 2.在宅障がい児(者)のいる世帯		生活保護の状況		1.受けていない 2.受けている			
別居家族の住所地								

○入所児童の祖父母の状況

区分	氏名	生年月日	住所	同居・別居等の別	健康状態	職業
父方	祖父	大正・昭和 年 月 日		同居・別居・死亡		
	祖母	大正・昭和 年 月 日		同居・別居・死亡		
母方	祖父	大正・昭和 年 月 日		同居・別居・死亡		
	祖母	大正・昭和 年 月 日		同居・別居・死亡		

○利用希望期間（保育施設利用希望者のみ）

利用希望時間	保育必要量	利用曜日	利用時間	
	<input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間	曜日から 曜日まで	時から 時まで	

○幼稚園一時預かりの利用希望（市立幼稚園希望者のみ）

一時預かり	利用希望	希望する場合	
	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 通常期間中 <input type="checkbox"/> 長期期間中	利用の頻度 毎日 / 曜日指定 / 希望日のみ ※曜日指定・・・〔 〕 ※希望日のみ・・・週 回、月 回、その他（ ） 利用の頻度 毎日 / 曜日指定 / 希望日のみ ※曜日指定・・・〔 〕 ※希望日のみ・・・週 回、月 回、その他（ ）

○利用児童の状況

健康状態	アレルギーの状況	<input type="checkbox"/> 無 具体的にご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 有⇒（ ）
	発育の状況	言葉や発達について相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 施設名（ ）
	その他	保育施設等の利用にあたり、健康上又は発達上気になることがありましたら記入してください。

○その他

緊急連絡先	・第1連絡先（職場・祖父母・携帯電話等）	自宅付近の見取図	（目印となるものを記載してください。）
	名称		
	Tel		
	・第2連絡先（職場・祖父母・携帯電話等）		
	名称		
	Tel		

※以下は記入しないでください。

※市記載欄	支給認定の可否	支給認定期間	支給認定番号	認定区分
	可・否	自平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号(短・標準)
	平成 年 月 日認定	至平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 3号(短・標準)
	保育の実施の要・否	保育の実施期間	利用教育・保育施設等	保育の必要事由
	要・否	自平成 年 月 日	幼稚園 保育所(園) こども園	
	平成 年 月 日承諾	至平成 年 月 日		
	備考			