

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

平成 30 年度入園申込書及び保育児童台帳

*施設記載欄

歳児クラス

田辺市長 真砂 充敏 あて

平成 年 月 日

代表保護者住所

代表保護者氏名

印

電 話 番 号

()

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、入所を申し込みます。

なお、4月新規入所において審査に時間を要した場合、支給認定結果の通知が2月となることに同意いたします。

申請に係る児童	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性別	障害者手帳 等の有無	申 請 区 分
		個 人 番 号			
	H 年 月 日	男・女	有・無	☐ 保育認定 ☐ 教育標準時間認定	

① 世帯の状況（生計を一にする家族全員記入してください）

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生 年 月 日 個 人 番 号	性別	職業又は 学校（園）名	障害者手帳 等の有無	備考
児童の世帯員			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
祖父母との生計関係	☐ 同一会計で生活している（同一会計の祖父母の氏名： ） ☐ 全く別会計で生活している						
受給している手当等	☐ 児童扶養手当 (年 月より受給) ☐ 特別児童扶養手当 (年 月より受給) ☐ 遺族年金 ※受給していることがわかる資料の写しを添付してください。 ☐ 障害年金 ※受給していることがわかる資料の写しを添付してください。 ☐ 生活保護 (年 月 日保護開始)						

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	第1希望
	第2希望
	第3希望

③ 兄弟の状況 保育を希望する方は、児童に小学校就学前の兄弟がいる場合にご記入ください。
教育を希望する方は、児童に小学校3年生以下の兄弟がいる場合にご記入ください。

	名	続柄	生年月日	年齢	在園（在学）施設名・学年（平成30年4月1日現在）	
児童の兄弟					保育所・幼稚園・認定こども園 小学校・その他施設	在園・申請中 学年 年
					保育所・幼稚園・認定こども園 小学校・その他施設	在園・申請中 学年 年
					保育所・幼稚園・認定こども園 小学校・その他施設	在園・申請中 学年 年

④保育の利用を必要とする理由等（保育を希望する方のみご記入ください。）

保育の利用を必要とする理由	具体的にご記入ください。	保護者について該当する項目を下記から選んでください。		
		続柄（ ） ☐ 常勤・パート等 ☐ 災害復旧等 ☐ 農林漁業・自営業・内職等 ☐ 出産 ☐ 求職中 ☐ 就学 ☐ 傷病・障害等 ☐ 虐待やDV ☐ 病人介護等 ☐ その他	続柄（ ） ☐ 常勤・パート等 ☐ 災害復旧等 ☐ 農林漁業・自営業・内職等 ☐ 出産 ☐ 求職中 ☐ 就学 ☐ 傷病・障害等 ☐ 虐待やDV ☐ 病人介護等 ☐ その他	
希望する利用期間	利 用 曜 日		利 用 時 間	
	曜日から 曜日まで		時から 時まで	

⑤ 税情報等の提供に当たっての署名欄

田辺市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報並びに各種手当等の受給状況等を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、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。
代表保護者氏名 印

●＊印の欄は記入する必要はありません。 ●字は楷書ではっきりと書いてください。 ●ご記入いただいた個人番号は、子ども・子育て支援法による子どものための教育・保育給付事務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

＊田辺市記載欄

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

認定の可否		認定者番号	認定区分等	
可	年 月 日 認定		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号
否	(理由)		(☐ 標準 ☐ 短時間)	(☐ 標準 ☐ 短時間)
支給（入所）の可否			支給（認定）期間	
可	☐ 施設型 ☐ 保育所 ☐ 幼稚園 ☐ 認定こども園		自 年 月 日	自 年 月 日
否	(理由)		至 年 月 日	至 年 月 日
入所決定施設（事業者）名		園面接日	実施期間	
(歳)		月 日 午前 午後	☐ 通年 ☐ 有期 月 日～ 月 日	☐ 通年 ☐ 有期 月 日～ 月 日
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	平成 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)
備 考	