

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定（変更）申請書

年 月 日

保護者氏名

印

水戸市長 様

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(変更)を申請します。

申請に係る 小学校就学 前子ども	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性別	保護者との 続柄	個人番号
		年 月 日	男・女		
保護者 住 所 連絡先	(住所)				
	(電話番号1) 携帯	(父・母・( ))			
	(電話番号2) 携帯	(父・母・( ))			
	(電話番号3) 自宅ほか	(父・母・( ))			
保育の希望 の有無	有： 保護者の労働又は疾病等の理由(※1)により、保育所等(※2)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(※3)の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)				

※1 下記3の保育の利用を必要とする理由に該当することが必要です。

※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。

※3 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

1 申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有	( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)
その他の特記事項	無・有	( )

2 世帯の状況

ひとり親・在宅障害児(者)世帯	非該当・該当	( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)						
生活保護の適用	非該当・該当	( 年 月 日 保護開始 )						
区分	(ふりがな) 氏 名	児童との 続柄	生年月日	性別	職 業 又は学校名等	個人番号	備考	多子 軽減
児童の 世帯員			年 月 日	男・女				記入不要 <input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女				記入不要 <input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女				記入不要 <input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女				記入不要 <input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女				記入不要 <input type="checkbox"/>

3 保育の利用を必要とする理由等(保育の希望の有無で「有」を選んだ場合は記入してください。)

保護者が次のいずれかの理由に該当するとともに、同居の祖父母等も保育できない場合に、保育を希望することができます。

保育の 利用を 必要と する 理由	児童との続柄	必要とする理由	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> をした理由の具体的な状況	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> をした理由の具体的な状況	

**4 利用を希望する曜日・時間、期間、希望する施設(事業者)名** ※幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要

利用を希望する曜日・時間	利用曜日 (○で囲む)		利用時間								
	月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分まで
利用を希望する期間	年 月 日から		□ 年 月 日まで		□ 就学まで		(どちらかにチェック)				
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名			希望理由 ※1			事業所番号※2				
	第1希望										
	第2希望										
	第3希望										
	第4希望										
	第5希望										

※1 小規模保育等を利用しており、連携施設への利用希望の場合は、その旨を記入してください。

※2 事業所番号の欄は記入しないでください。

**5 税情報等の提供に当たっての署名欄**

水戸市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認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。

保護者氏名

印

施設記載欄(幼稚園・保育所(園)等を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(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	

水戸市記載欄

受付年月日	年 月 日	申請番号	
認定の可否	認定者番号	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 □短)	
支給(利用)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		
利用施設(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			