

1

施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定申請書

養老町長 様
(施設長 様)
書類提出日を記入
10月15日～26日の期間内でご提出ください
平成〇〇年〇〇月〇〇日
次のおと、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請児童 個人番号	氏名 ようろう だろう 養老 太郎 1234 5678 9012	生年月日 ※年齢±H30.4.1 現在 H26年3月17日生 (4歳0ヶ月)	性別 男 女	保護者の氏名 養老 源 2345 6789 0123	保護者の生年月日 H11年3月17日生	保護者の住所 養老町高田123番地 (郵便番号: 毎1丁目1番地を起算し、町丁目番地を省略し、そのほかの町丁目番地を省略)	保護者の性別 男 女	保護者の職業 父	保護者の電話番号 090-1234-5678 090-2345-6789
保護者 個人番号	氏名 養老 泉 3456 7890 1234	生年月日 H11年3月30日生	性別 男 女	保護者の氏名 養老 泉	保護者の生年月日 H11年3月30日生	保護者の住所 養老町高田123番地	保護者の性別 男 女	保護者の職業 父携帯	保護者の電話番号 090-1234-5678 090-2345-6789

保育の希望の有無
有 無
 理由
 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育園、認定こども園(保育部分)、地域型保育(小規模保育等)において保育の利用を希望する場合
 無 幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合
 必要とする理由等
 ※保育の希望の有無を○で囲んだ場合は記入して下さい。

②世帯の状況

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	勤務先又は学校名等	個人番号 (必記の方のみ) (注1)
児童の世帯員(入園児を除く)	養老 源	H11年3月17日生	男	父	(株)〇〇 0584-12-3456	
	養老 泉	H11年3月30日生	男	母	〇〇保育園 0584-23-4567	
	養老 高太	S38年1月1日生	男	祖父	農業	
	養老 滝美	S40年8月8日生	男	祖母	〇〇スーパー	
	養老 花子	H28年12月6日生	男	妹		

(注1) 保育を必要とする理由が、介護や病がいなどの場合、対象の方の個人番号の記入が必要で、詳しくはお問い合わせください。

(裏面)

③認定を希望する期間

期 間	2019年4月1日から	年	3月31日まで
希望する曜日・時間(注2)	月・水・木・金・土 不定期(平均週)	利用曜日	利用時間
希望する利用時間(注3)	<input type="checkbox"/> 標準時間(最長11時) <input checked="" type="checkbox"/> 短時間(最長8時間)	希望する曜日・時間	8時00分から 16時30分まで

④情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費の支給に必要とする市町村民衆の情報を同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づいて利用希望者負担額について、特定教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 養老 源 ④保護者氏名 養老 泉
 ⑤ 支給認定証の発行を希望する(希望する場合、チェックを入れてください)。
 ⑥ 代理人が提出する場合

支給認定証(厚紙)の発行を希望する場合は、記入してご返す際に、支給認定申請の提出及び個人番号の提供に同意し、特定教育施設等に対して提示することに同意します。

受任者(提出者) 住所: 養老町高田123番地 氏名: 養老 高太 祖父

・保護者本人が提出 から③のいずれか
 ①個人番号カード ②通知カードと運転免許証などの身分証明書
 ③個人番号が記載された住民票の写しと運転免許証などの身分証明書
 ・代理人が提出 から④のいずれか
 1.委任状(上記の⑥代理人が提出する場合>欄に記入) 2.代理人の運転免許証などの身分証明書
 3.申請者本人の番号確認書類
 ①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し ④①～③の写し

*施設記載欄(圏を經由して市町村に提出する場合)
 受付年月日 平成 年 月 日

施設(事業者)名	担当者名
認定担当者	入力担当者

認可の可否
 平成 年 月 日 認定
 〇1号 〇2号 〇3号 (〇標 〇短)

支給(入所)の可否
 平成 年 月 日 認定
 〇1号 〇2号 〇3号 (〇標 〇短)

施設型 〇地域型 〇特例施設型 〇特例地域型
 入所施設(事業者)名

〇認定こども園 〇連 〇幼 〇幼 〇保 〇保 〇保 〇幼 〇地 〇幼 〇保 〇事
 〇幼稚園 〇保育所 〇地域型 〇小 〇家 〇居 〇事

(裏面)

平成31年度 保育所等入所申込書

(あて先) 養老町長 養老町長 平成31年4月1日時点の年齢を記入
 提出日を記入：10月15日～26日の期間内でご提出ください

住所	養老町高田123番地
ふりがな	ふりがな
保護者氏名	養老 源 (父)
続柄	続柄 ()
携帯電話	090-1234-5678
固定電話	なし

保育所等への入所について、次のとおり申込みます。

氏名	養老 太郎	生年月日	平成26年3月7日	性別	男	年齢	4歳
年齢	4歳	性別	男	生年月日	平成26年3月7日	氏名	養老 太郎

入所を希望する園	高田保育園 (希望理由) 自宅から近いため
希望する利用時間	2019年4月1日から2021年3月31日 8:00～16:00

氏名	養老 源	生年月日	H1年3月17日生	性別	男
氏名	養老 泉	生年月日	H1年3月30日生	性別	男
氏名	養老 高木	生年月日	S38年1月1日生	性別	男
氏名	養老 滝美	生年月日	S40年8月8日生	性別	男
氏名	養老 花子	生年月日	H28年12月6日生	性別	男

氏名	養老 源	生年月日	H1年3月17日生	性別	男
氏名	養老 泉	生年月日	H1年3月30日生	性別	男
氏名	養老 高木	生年月日	S38年1月1日生	性別	男
氏名	養老 滝美	生年月日	S40年8月8日生	性別	男
氏名	養老 花子	生年月日	H28年12月6日生	性別	男

区分	児童の世帯員(入園児童除く)				
氏名	養老 源	生年月日	H1年3月17日生	性別	男
氏名	養老 泉	生年月日	H1年3月30日生	性別	男
氏名	養老 高木	生年月日	S38年1月1日生	性別	男
氏名	養老 滝美	生年月日	S40年8月8日生	性別	男
氏名	養老 花子	生年月日	H28年12月6日生	性別	男

生活保護の適用の有無	無
希望する期間	2019年4月1日から2021年3月31日
希望する利用時間	8:00～16:00

○申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギーの有無	無・有 ()
その他児童の健康状況	アトピー・ぜんそく・その他()
※該当する場合に記入	主な症状()
健診での指導事項の有無	無・有 ()
通院歴・入院歴の有無	【通院】有(内容) () 【入院】有(内容) ()
子育て関係機関への相談	無・有 (子育て支援センター・保健センター・こぼの教室・子ども相談センター・その他) ()
その他連絡事項	()

○情報等の提供に当たった際の署名欄

市町村が利用者負担額算出の際の情報(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、申請について、特定教育・保育施設等に対して同意します。	印忘れずに!
保護者氏名	養老 源
保護者氏名	養老 泉

<注 意 事 項>

- ・平成30年1月1日現在、養老町に住民登録がなかった方は、税情報は1月1日時点の住所が所有してありますので、該当市町村で所得課税証明書を取得して申込時に合わせて提出してください。
- ・保育所等に入所できるのは認定を受けている期間内となります。認定期間が切れた場合は退所となりますので、継続して入所を希望される場合は「施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定変更申請書」により認定期間の変更を申請してください。
- ・今回申請した支給認定証の内容に変更がある場合(保育の必要な理由の変更・世帯員の増減など)があった場合も「施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定変更申請書」により変更を申請してください。

【市町村記入欄】

支給認定区分	支給認定期間	受付印
□ 1号	平成 年 月 日	受付印
□ 2号 (口標 □短)	平成 年 月 日	
□ 3号 (口標 □短)	平成 年 月 日	
入所決定保育所等		

【施設記入欄】(施設を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設名	()

就労状況申告書(自営業・農業)

(自営業の場合) 屋号	屋号 (株)〇〇 代表者名 養老 源	所在地 養老町高田123番地 電話番号 0584-12-3456
(農業の場合) 事業主	事業主氏名 養老 高太	主な耕作場所: 養老町高田123-4 児童との続柄: 祖父(父の父)
1 (共通) 就労内容	○ 1日の就労時間 ※休憩時間を含む 平日 午前 10 時 00 分 ~ 午後 2 時 00 分 (4 時間 分就労) 土曜日 午前 時 分 ~ 午後 時 分 (時間 分就労) ○ 仕事内容 トマト・ふき・大根・白菜などの植え付け・収穫・袋詰め、草むしり、水やり ○ 職場から保育所までの片道の所要時間 約 時間 15 分 ○ 1ヶ月の就労日数 (平均) 約 12 日 ○ 1ヶ月の合計就労時間 (平均) 約 48 時間 (就労日) <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定期 ○ 就労開始年月日 平成 年 月 日 ※産後休暇・育児休暇から復帰の場合は職場復帰日	

自営・農業の場合、(共通)就労内容は記入必須です。

上記の通り相違ないことを証明します 事業主
 平成〇〇年 10 月 15 日 養老 高太 (印)

診断書

3 4 5 (看護)	患者 住所 養老町高田123番地 氏名 養老 滝美 生年月日 S40.8.8	医師による診断書が別紙の場合は、状況申告書に左とじて貼り付けしてください。
	病名 〇〇〇〇症	
	加療見込期間 〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日	
	■加療の方法 通院 ・ 往診 ・ 入院 ・ その他() ■傷病の程度 絶対安静 ・ 常時看護人必要 ・ その他()	
	上記のとおり診断します。 平成 〇〇 年 10 月 15 日 医師 住所 岐阜病院 岐阜市123番地 氏名 岐阜 二郎 (印)	

証明書

5	(在宅介護・看護)する人 氏名 養老 泉 (在宅介護・看護)される人 住所 養老町高田123番地 氏名 養老 滝美 生年月日 S40.8.8	介護保険証を添付し、介護保険証に印字の介護度・認定有効期間を転記してください。
	病名(または要介護度) 〇〇〇〇症 (要介護2) 加療見込期間 〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日 ■加療の方法 通院 ・ 往診 ・ 入院 ・ その他() ■(在宅介護・看護)する人は(介護・看護)される人を1日 7 時間 週 7 日の(在宅介護・看護) (しています・する予定です)	
	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 〇〇 年 10 月 15 日 証明者 役職名 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> その他() 施設名 せいのうケアプランセンター 氏名 西濃 高子 (印)	

保育料減免（軽減）に関する申出書

提出日を記入する

10月15日～26日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

養老町長 様

(申出者) 住 所 養老町高田123番地

氏 名 養老 源



現在同居はしていないが、寮に入っている高校生 等も数に含みます

平成31年度保育料の算定に関して、多
世帯の減免（軽減）を受けるが
①忘れずに！ 出ます。

申出者と生計を一にする
を含めたきょうだいの状況（平成31年4月1日現在）

1	氏 名	養老 滝造	
	学校名等	岐阜高等学校 ★	H12年 9月 2日生
②	氏 名	養老 太郎	
	学校名等	高田保育園	6年 3月 7日生
3	氏 名		
	学校名等		
4	氏 名		
	学校名等		
5	氏 名		
	学校名等		年 月 日生

★学校名等の記入について

①現在中学3年生もしくは新規で保育園に入園する児童について、入学・入園が確定していないため、高校名・園名が書けないという場合は、『〇〇高校進学予定』『〇〇園就園予定』とご記入ください。

②就活中で就職先が決まっていない場合は、『就職予定』とご記入ください

【 注意事項 】

- ・入園児を確認するため、全てのきょうだいについて記入してください。
- ・入園児を確認するため、対象児童の番号に○を付けてください。
- ・上記のきょうだい住民基本台帳上（住民票）で確認できる場合は、子ども課にて確認しますので添付書類は必要ありませんが、住民基本台帳上で確認できないきょうだいがいる場合は、生計が一であることを確認できる書類（保険証など）を添付してください。添付書類が不明な場合は、下記までお問い合わせください。
- ・この申出書を提出されても、多子及び要保護世帯の減免（軽減）措置の対象世帯に該当しない場合は保育料の減免（軽減）は受けられませんのでご注意ください。

お問い合わせ先
子ども課 保育園担当
TEL 32-5078