

※継続児用

ホッチキスから取り外して
ご利用下さい。

施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定現況届
(兼 保育所継続入所・認定こども園継続入園申込書)

日南市長 殿
日南市福祉事務所長 殿

申請年月日： 年 月 日

申請に係る 小学校就学 前の子ども	氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日	年齢 R6.4.1 現在	歳	性別	男・女
在籍施設名称								
次年度希望認定区分		<input type="checkbox"/> 教育認定(1号認定) <input type="checkbox"/> 保育認定(2・3号認定)						
健康状態	◎ 心身障がいの状況 無・有() ◎ 常時内服している薬 無・有() ◎ アレルギー情報 無・有() ◎ 健診時の指導事項 無・有() ◎ 通院の有無 無・有() ◎ その他 無・有()							
保護者 (申請者) の情報	現住所	〒 [][][][] - [][][][] 日南市						
	氏名	(ふりがな)	(配偶者名)	連絡先	自宅			
					父携帯			
					母携帯			
別居の父方 祖父母状況	祖父名	住所					電話番号	
	祖母名							
別居の母方 祖父母状況	祖父名	住所					電話番号	
	祖母名							

①保育の利用を必要とする理由及び優先利用事由【保育認定(2・3号認定)を継続希望する場合】

※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必要とする理由をすべて記入して下さい。

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)							
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)							
優先利用事由	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 虐待・DV等 <input type="checkbox"/> 兄弟同時利用 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 障がい児 <input type="checkbox"/> 小規模保育等卒園児 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業 <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 保育士等の児童 <input type="checkbox"/> その他							
希望利用曜日	月 火 水 木 金 土	希望利用時間	:	から	希望利用時間	:	まで	標準時間(11h) 短時間(8h)

(表面)

②世帯の状況

児童の世帯員全て	氏名	続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等 (記入日現在)	障がいの有無
		本人	令平昭 年 月 日	男・女		有・無
		父	令平昭 年 月 日	男・女		有・無
		母	令平昭 年 月 日	男・女		有・無
			令平昭 年 月 日	男・女		有・無
			令平昭 年 月 日	男・女		有・無
			令平昭 年 月 日	男・女		有・無

③同意欄 以下の内容を必ず確認されてから、署名をお願いします。

・日南市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定のため、申請者、配偶者及び同居世帯員の市区町村民税情報並びに個人番号を公簿等により確認すること、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。
 ・次年度4月の入所に向けた認定事務が集中し、審査に時間を要した場合は、審査結果は30日間を超えて通知することに同意します。
 ・申込内容に事実と相違がありましたら、申込みを却下又は入所を解されても異議ありません。
 ・決定された利用者負担額については必ず決められた納期限までに納付します。納付しない場合は、地方税法の滞納処分の例により財産や給与の差し押さえ等の処分を受けても異議ありません。

保護者名

*受付記載欄 ここから先は、記入の必要はありません。

実保育必要時間	1日あたり平均 実保育必要時間	×	1ヶ月あたり平均 実保育必要日数	=	1ヶ月あたり平均 実保育必要時間	保護者の方で少ない方を記載。勤務時間、通勤時間、休憩時間等を含む時間。 例：1日あたりの実保育必要時間が9時間、1ヶ月あたり実保育必要日数が20日の場合、9時間×20日(1ヶ月平均勤務日数)＝「180」時間を記載。
---------	--------------------	---	---------------------	---	---------------------	--

受付年月日

認定継続の可否		認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)継続の可否			支給(利用)期間
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 〕			自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名			
〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) 〕			
備考			

(裏面)

※継続用

施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定現況届
 (兼 保育所継続入所・認定こども園継続入園申込書)

日南市長 殿
 日南市福祉事務所長 殿

申請年月日： 年 月 日

申請に係る 小学校就学 前の子ども	氏名	(ふりがな) にちなん いちろう 日南 一郎	生年月日	年 月 日	年齢 R6.4.1 現在	4歳	性別	男・女
在籍施設名称	○○保育園							
次年度希望認定区分	<input type="checkbox"/> 教育認定(1号認定) <input checked="" type="checkbox"/> 保育認定(2・3号認定)							
健康状態	◎ 心身障がいの状況 無・有() ◎ 常時内服している薬 無・有() ◎ アレルギー情報 無・有(卵アレルギー) ◎ 健診時の指導事項 無・有() ◎ 通院の有無 無・有() ◎ その他 無・有()							
保護者 (申請者) の情報	現住所	〒1111-1111 日南市 大字○○1111番地						
	氏名	(ふりがな) にちなん たろう	(配偶者名)					
		日南 太郎	花子	連絡先	自宅	23-1111		
				父携帯	090-1111-1111			
	母携帯	080-1111-1111						
別居の父方 祖父母状況	祖父名	亡	住所	電話番号				
	祖母名	日南 桃子	日南市●●丁目1-1	23-2222				
別居の母方 祖父母状況	祖父名	宮崎 一男	住所	電話番号				
	祖母名	宮崎 梅子	宮崎市大字●●番地1-1	0985-23-2222				

①保育の利用を必要とする理由及び優先利用事由【保育認定(2・3号認定)を継続希望する場合】

※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必要とする理由をすべて記入して下さい。

父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) ○○株式会社 8時～17時、月～金曜 勤務							
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) ○○株式会社 9時～15時、月～金曜 パート勤務							
優先利用事由	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 虐待・DV等 <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟同時利用 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 障がい児 <input type="checkbox"/> 小規模保育等卒園児 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業 <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 保育士等の児童 <input type="checkbox"/> その他							
希望利用曜日	月 火 水 木 金 土	希望利用時間	8:00 から 17:30 まで	希望利用時間	標準時間(11h) 短時間(8h)			

(表面)

②世帯の状況

児童の世帯員全て	氏名	続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等 (記入日現在)	障がいの有無
	にちなん いちろう 日南 一郎	本人	令平昭 年 月 日	男・女		有・無
	にちなん たろう 日南 太郎	父	令平昭 年 月 日	男・女	会社員	有・無
	にちなん はなこ 日南 花子	母	令平昭 年 月 日	男・女	求職中	有・無
	にちなん さちこ 日南 幸子		令平昭 年 月 日	男・女	〇〇小学校	有・無
	にちなん じろう 日南 次郎		令平昭 年 月 日	男・女	〇〇保育園	有・無
			令平昭 年 月 日	男・女		有・無

③同意欄 以下の内容を必ず確認されてから、署名をお願いします。

・日南市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定のため、申請者、配偶者及び同居世帯員の市区町村民税情報並びに個人番号を公簿等により確認すること、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。
 ・次年度4月の入所に向けた認定事務が集中し、審査に時間を要した場合は、審査結果は30日間を超えて通知することに同意します。
 ・申込内容に事実と相違がありましたら、申込みを却下又は入所を解されても異議ありません。
 ・決定された利用者負担額については必ず決められた納期限までに納付します。納付しない場合は、地方税法の滞納処分の例により財産や給与の差し押さえ等の処分を受けても異議ありません。

保護者名 日南 太郎

*受付記載欄 ここから先は、記入の必要はありません。

実保育必要時間	1日あたり平均 実保育必要時間	×	1ヶ月あたり平均 実保育必要日数	=	1ヶ月あたり平均 実保育必要時間	保護者の方で少ない方を記載。勤務時間、通勤時間、休憩時間等を含む時間。 例：1日あたりの実保育必要時間が9時間、1ヶ月あたり実保育必要日数が20日の場合、9時間×20日(1ヶ月平均勤務日数)＝「180」時間を記載。
---------	--------------------	---	---------------------	---	---------------------	--

受付年月日

認定継続の可否		認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)継続の可否			支給(利用)期間
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 〕			自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名			
〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) 〕			
備考			

(裏面)