

支給認定申請書 兼 保育利用申込書

横浜町長

次のとおり、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。
 保育が必要な場合、保育の利用を申し込みます。

申請日 令和 年 月 日		児童との続柄	現在利用している施設（事業所）名										該当する場合はチェックしてください。		
													<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転園		
申請児童		氏名 フリガナ					生年月日 年 月 日			性別 男・女	兄弟姉妹における順番 <input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降				
個人番号							障がい		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 手帳 級 <input type="checkbox"/> その他証明）						
保護者 住所・連絡先		住所		〒											
		父携帯		自宅											
		母携帯		（ ）											
保護者の 令和 年 1月1日 現在の住所		父		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外⇒			都・道・府・県			市・区・町・村					
		母		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外⇒			都・道・府・県			市・区・町・村					
保育の希望の有無（※）		有		<input type="checkbox"/> 保育所等のみ希望（保護者の就労等により保育が必要） <input type="checkbox"/> 幼稚園等と保育所等の両方を希望（保育が必要だが幼稚園も申込：併願）											
		無		<input type="checkbox"/> 幼稚園等のみ希望（保育所等は希望しない）											
利用者が内定している幼稚園名称							支給認定証番号 （交付されている場合）								
利用希望期間		令和 年 月 日					～		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日						

（※）・「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。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
 ・「有」の場合は見開きの①～⑤に、「無」の場合は見開きの①～③に必要な事項を記入してください。

 ＊施設記入欄（施設を経由して町に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日	施設（事業所）名	
利用契約（内定）の有無	<input type="checkbox"/> 有（令和 年 月 日契約・内定）		<input type="checkbox"/> 無

 ★町記入欄

受付年月日	令和 年 月 日	支給認定証番号	
認定の可否		認定区分等	
可・否	令和 年 月 日認定	<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（利用）の可否		支給（利用）期間	
可・否 <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 否の理由：		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
利用施設（事業者）名		事業所番号	
		利用者負担額（保育料）	
年度市町村民税所得割	均等割	国階層	町階層
父	有・無	第	年齢
母	有・無		歳
（ ）	有・無		
合計		基準額・半額・無料・母子等・第3子	
			円

①世帯の状況

↓ 一人だけ○を付けてください。

氏名 個人番号		児童との続柄	生計中心者	生 年 月 日	性別	勤務先・学校名・通園 施設名 学年も記入してください。
申請児童の同居者（世帯分離している同居者も含む）	フリガナ	父		S 年 月 日	男	
	フリガナ			H 年 月 日		
	フリガナ	母		S 年 月 日	女	
	フリガナ			H 年 月 日		
	フリガナ			T S H R 年 月 日	男・女	
	フリガナ			T S H R 年 月 日		
	フリガナ			T S H R 年 月 日	男・女	
	フリガナ			T S H R 年 月 日		
	フリガナ			T S H R 年 月 日	男・女	
	フリガナ			T S H R 年 月 日		
フリガナ			T S H R 年 月 日	男・女		
フリガナ			T S H R 年 月 日			
健康保険における 児童の扶養者		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父母以外⇒		児童との続柄 氏名		
生活保護の適用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒		年 月 日保護開始		
ひとり親の 場合の理由		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 行方不明（ 年 月頃から） <input type="checkbox"/> 別居（ 年 月頃から）⇒調停： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
同居者の障がい ・介護認定		<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護認定 内容： 児童との続柄 氏名				
		<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護認定 内容： 児童との続柄 氏名				
父母の 状況	父	祖父	年齢	同居・別居の別（別居の場合は住所記入・町名まで）	就 労	健康状態
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
	母	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	

②申請児童の状況

申請児童の状況	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他 家庭での除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし 医師の指導に基づいて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 食物以外のアレルギー
	治療中の傷病・既往症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 病名： 時期： 年 月頃～ 年 月頃まで 通院頻度： 経過等：
	施設等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがあれば記入してください。

③税情報等の提供・支給認定結果の通知に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な町民税の情報（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（保育料）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。

また、支給認定申請の結果について、4月からの新規利用・継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。

保護者氏名

印

※以下は保育の希望「有」の場合に記入してください。

④保育を必要とする事由

	続柄	保護者の状況	
	保育を必要とする事由	父 父母以外の場合 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月64時間以上～120時間未満 ⇒1日当たり()時間×月当たり()日=月()時間
<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月64時間以上～120時間未満 ⇒1日当たり()時間×月当たり()日=月()時間			
<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月64時間以上～120時間未満 ⇒1日当たり()時間×月当たり()日=月()時間 ⇒期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 育児休業 ⇒期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 災害復旧			<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備等
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい ⇒具体的に：			
<input type="checkbox"/> その他：			
母		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月64時間以上～120時間未満 ⇒1日当たり()時間×月当たり()日=月()時間	
		<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月64時間以上～120時間未満 ⇒1日当たり()時間×月当たり()日=月()時間	
		<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月64時間以上～120時間未満 ⇒1日当たり()時間×月当たり()日=月()時間 ⇒期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 育児休業 ⇒期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備等
		<input type="checkbox"/> 疾病・障がい ⇒具体的に：	
		<input type="checkbox"/> その他：	
保育必要量 (※)	保育を必要とする事由が就労・介護・看護・就学等の場合 <input type="checkbox"/> 保育標準時間希望（1日11時間まで） <input type="checkbox"/> 保育短時間希望（1日8時間まで）		

(※) 保育必要量・ 保育を必要とする事由及び勤務時間に基づき認定します。

保育を必要とする事由が就労・介護・就学・職業訓練の場合

①就労等の時間数が月120時間以上であっても、希望があれば、保育短時間認定を受けることができます。

⑤保育の利用を希望する施設（事業者）名

	利用希望施設（事業者）名		希望理由	見学
第1希望	保育（園）所			済・未
第2希望	保育（園）所			済・未
兄弟姉妹での 申込の時	利用開始 時期	<input type="checkbox"/> 同時希望 <input type="checkbox"/> 別々でもよい ⇒優先する児童名 ① ② ③ 第2希望以降で同時利用開始が可能な場合 <input type="checkbox"/> 別々でも希望順位が高い施設を希望 <input type="checkbox"/> 第2希望以降で同時利用開始希望		
	施設	<input type="checkbox"/> 同時希望 <input type="checkbox"/> 別々でもよい ⇒優先する児童名 ① ② ③ 第2希望以降で同時利用開始が可能な場合 <input type="checkbox"/> 別々でも希望順位が高い施設を希望 <input type="checkbox"/> 第2希望以降で同時利用開始希望		
送迎予定者	朝	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 上記以外 ⇒児童との続柄： 氏名：	夕	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 上記以外 ⇒児童との続柄： 氏名：

※町記入欄

基準点数				調整点数			
■居宅外労働		入院	10	ひとり親	5	転園兄弟同一施設	5
実働月140時間以上	8	常時入院	9	産休育休明け復職	3	兄弟同時申込	5
実働月120時間以上	7	安静診断	8	多子3人以上	2	兄弟利用中 *	5
実働月100時間以上	6	身障1・2、精神1、愛護A	7	多子+1人につき	1	兄弟利用求職中 *	3
実働月64時間以上	5	身障3、精神2、愛護B	5	生活保護 ※	1	兄弟同一施設希望	1
農業経営者	7	身障4以下	4	町民税非課税 ※	1	障がい児	1
農業協力者	5	介護・看護月140時間以上	8	介・障同居	1	地域型卒園児	8
■居宅内労働		介護・看護月120時間以上	7	核家族	1	同居祖父母保育可能	△2
実働月120時間以上	7	介護・看護月100時間以上	6	※重複なし		※重複なし	
実働月64時間以上	5	介護・看護月64時間以上	5				
■居宅内労働（親族雇用）		災害復旧	10				
実働月120時間以上	6	求職（生計中心者）	5				
実働月64時間以上	4	求職（その他）	2				
産前後	8	不存在	8				
就学・職業訓練	5						

父基準点数	母基準点数	調整点数	合計