

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定（現況）申請書

令和 年 月 日

甲 賀 市 長 あて

代表保護者氏名

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（教育標準時間認定）を申請します。（※）

申請に係る 小学校就学前の 子 ども	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性 別	障害者手帳 の有無
	()	令和 年 月 日	男・女	無 ・ 有
	個人番号（マイナンバー）			
保 護 者 住所・連絡先	〔住所〕〒			
	〔連絡先〕 () —			

※・この用紙は、1号認定（教育標準時間認定）を受けようとするためのものです。1号認定は、認定こども園（短時部）の利用を希望する場合で、保育の希望は無いものとみなします。
・保育の希望がある場合は、保育園等入園申込書により、2号認定（満3歳以上保育認定）を受ける必要があります。

①世帯の状況

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	個人番号 (マイナンバー)
児 童 の 世 帯 員	()	父	昭・平・令 年 月 日	男 女		
	()	母	昭・平・令 年 月 日	男 女		
	()		昭・平・令 年 月 日	男 女		
	()		昭・平・令 年 月 日	男 女		
	()		昭・平・令 年 月 日	男 女		
	()		昭・平・令 年 月 日	男 女		
生活保護の適用の有無		無し ・ 有り (年 月 日適用開始)				
児童扶養手当の受給状況		無し ・ 有り (年 月 日受給開始)				
障がいのある方との同居		無し・有り〔 ※障がいのある方の氏名、生年月日、手帳の種類等を記入してください。〕				

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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
利用を希望する 施設（事業者）名	園 事業所番号（市記入欄）

③税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・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市民税の情報（同住所の親族を含む）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。	
代表保護者氏名	印

記入上の注意

この支給認定申請書は、保護者が次の点に注意し記入のうえ提出してください。なお、その家庭から2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。

1. 「申請児童」の欄は「氏名」にふりがなを付し、「性別」の欄は該当するものを○で囲んでください。
2. 「障害者手帳の有無」の欄は、申請児童に係る障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等）の有無について、該当するものを○で囲んでください。
3. 「保護者住所・連絡先」欄の〔連絡先〕については、連絡先が複数ある場合は連絡のつきやすい順に全て記入してください。
4. 「世帯の状況」の欄は、申請児童本人以外の申請児童の両親及び同居している親族等の全員について記入してください。
5. 子ども・子育て支援法施行規則の一部改正等により、個人番号（マイナンバー）を記入していただくことが必要となります。
6. 「障がいのある方との同居」の欄は、申請児童と同居している場合のみ記入し、障がいのある方の名前と手帳等の種類を記入してください。
7. 「税情報等の提供に当たっての署名欄」は、署名欄の記載の内容を確認のうえ、署名・捺印してください。
8. 記入は、黒のボールペンではっきりと書いてください。（消えるペンは不可）
9. ご提出いただいた本申請書を確認後、令和8年12月以降に支給認定証を交付します。