

支給認定申請書(現況届) 兼 施設利用申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費)

野田村長 様

令和 年 月 日



保護者氏名

印

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。(現況を届け出ます。) また、施設の利用を申し込みます。

| | | | | | | | | | | |
|--------------|---|------------------|--|--|--|---------------|--|--|----|---------------|
| 申請児童 | ふりがな | 生年月日 | | | | | | | 性別 | 障がい等の有無 ※1 |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日生 | | | | 男・女 | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | | |
| 保護者 | (現住所) 野田村 大字 野田・玉川 自宅電話番号 (父携帯) (母携帯) | | | | | | | | | |
| 認定者番号 | ※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。 | | | | | | | | | 現在の利用施設 |
| 保育の希望の 有無 | 有・無 | 令和7年1月1日時点の住民登録地 | | | | 野田村・野田村以外 () | | | | |
| | | 令和8年1月1日時点の住民登録地 | | | | 野田村・野田村以外 () | | | | |

※1 障がい等とは、身体障害者手帳、療育手帳もしくは精神障害者保健福祉手帳の交付、または特別児童扶養手当もしくは障害基礎年金の受給がある場合をいいます。

①世帯の状況(同居の世帯員)

| 区分 | ふりがな 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 性別 | 職業、学校名等 | 障がい等 | 第何子 | 備考 |
|----------------|------------|--------|------------------|-----|---------|------|-----|----|
| 児童の世帯員（世帯分離含む） | | | 昭・平・令 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |

(表面)

*受付No

② 利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

| | | | |
|-----------------|-------------------------|------|-------|
| 期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | | |
| 利用時間 | 曜日 | 時間 | |
| | 曜日～曜日 | 時 分 | ～ 時 分 |
| 利用を希望する施設(事業所)名 | 施設(事業所)名 | 希望理由 | |
| | 第1 | | |
| | 第2 | | |
| | 第3 | | |

*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

③ 保育の利用を必要とする理由等

| | | | | | | | | | |
|-----|----|-------------------------|--------------------------|--------|-----|----------------|----------------|-----|----|
| 保護者 | 続柄 | □ 就労 | 勤務日数 | 月・週 | 日勤務 | 就労時間 (休憩含む) | 月・週 | 時間 | |
| | | | 勤務時間 | 定時 | 時 分 | ～ | 時 分 | | |
| | | | 通勤時間 | 往復 | 時間 | 分 | | | |
| | | | □ 妊娠・出産 (出産予定期:令和 年 月 日) | □ 災害復旧 | | | | | |
| | | □ 疾病・障害 (病名等:) | □ 求職活動 | | | | | | |
| | | □ 介護・看護 (対象者:) | □ 就学(学校名:) | | | | | | |
| | | □ 育児休業 (終了年月日:令和 年 月 日) | □ その他() | | | | | | |
| | | 続柄 | □ 就労 | 勤務日数 | 月・週 | 日勤務 | 就労時間 (休憩含む) | 月・週 | 時間 |
| | | | | 勤務時間 | 定時 | 時 分 | ～ | 時 分 | |
| | | | | 通勤時間 | 往復 | 時間 | 分 | | |
| | | | □ 妊娠・出産 (出産予定期:令和 年 月 日) | □ 災害復旧 | | | | | |
| | | □ 疾病・障害 (病名等:) | □ 求職活動 | | | | | | |
| | | □ 介護・看護 (対象者:) | □ 就学(学校名:) | | | | | | |
| | | □ 育児休業 (終了年月日:令和 年 月 日) | □ その他() | | | | | | |

④ 家計の主宰者の状況

| | | |
|---|--|--------------|
| 1 | 申請児童世帯の家計の主宰者(経済的、物質的に家計の中心者。同居・別居を問わない。)はどなたですか | 保護者・保護者以外() |
| 2 | 申請児童を税法上の扶養にしているのはどなたですか | 保護者・保護者以外() |
| 3 | 申請児童を健康保険(国民健康保険、社会保険など)の扶養にしているのはどなたですか | 保護者・保護者以外() |
| 4 | 申請児童世帯の最多収入・最多納税者はどなたですか | 保護者・保護者以外() |

⑤ 税情報等の提供に当たっての署名欄

| | |
|--|---|
| 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村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、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。 | (父) 印 |
| | (母) 印 |
| | (祖父) 印 |
| ※同居の祖父母がない場合、祖父母欄に記入する必要はありません。 | (祖母) 印 |

【記入はここまで】

○ 保健福祉課記入欄

| | |
|--|---|
| 窓口に来た方 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 () |
| 個人番号確認書類 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等の写し等 |
| 本人確認書類(個人番号確認書類が個人番号カード以外の場合) | |
| <input type="checkbox"/> 写真付き身分証明 (<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()) | |
| <input type="checkbox"/> その他の本人確認書類 (<input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書等 <input type="checkbox"/> その他 ()) | |