

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定（変更）申請書

年 月 日

保護者氏名：_____

佐用町長 様

(注)個人番号に変更のない方は記入不要です

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（変更）を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	氏 名	個人番号	生年月日	性別	障害者手帳等
	(ふりがな)		年 月 日	男・女	☐ 有
保護者住所・連絡先	(住所) 〒 - (連絡先) - - (父・母)				
保育の希望の有無 (※)	有 : 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 (幼稚園等と併願の場合を含む)				
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等と併願の場合を除く)				

- (※)
- ・ 障害者手帳等とは身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害基礎年金等の給付を受けている方をいいます。該当の場合は、手帳等の写しを添付してください。
 - ・ 「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。（以下同じ）
 - ・ 「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」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	氏名	個人番号	児童との続柄	生年月日	勤務先 または 学校名等	障害者 手帳等
児童の世帯員（同居の親族）	(ふりがな)			年 月 日		☐ 有
	(ふりがな)			年 月 日		☐ 有
	(ふりがな)			年 月 日		☐ 有
	(ふりがな)			年 月 日		☐ 有
	(ふりがな)			年 月 日		☐ 有

②利用を希望する期間、施設名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで
施設（保育園・認定こども園）名	第 1 希望
	第 2 希望
	第 3 希望

③保育の利用を必要とする理由等

※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記入して下さい。

保育の利用 を必要とす る理由	続柄	必要とする理由			備考
	父	☐ 就労 ☐ 求職活動	☐ 妊娠・出産 ☐ 就学	☐ 疾病・障害 ☐ その他（ ）	
	母	☐ 就労 ☐ 求職活動	☐ 妊娠・出産 ☐ 就学	☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ その他（ ）	
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ☐ 生活保護世帯（ 年 月 日保護開始）				
希望する利用 時間	曜日から 曜日まで			時から 時まで	
希望する保育 必要量	☐ 保育短時間利用		保育標準時間を 希望する理由		
	☐ 保育標準時間利用				

④税情報等の提供に当たっての署名欄

佐用町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（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。
保護者氏名

（裏面）