



由布市施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(兼現況届出書)

年 月 日

由布市長 殿

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 保育（2・3号）認定希望 <small>※保育所、認定こども園（保育所機能）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育希望の方はこちら</small> |
| <input type="checkbox"/> 教育（1号）認定希望 <small>※幼稚園、認定こども園（幼稚園機能）希望の方はこちら「本申請前に施設から入園の内定を受けてください」</small> |

| | | | |
|-------|------|---|--|
| 保護者※1 | 現住所 | 由布市 | |
| | ふりがな | (年1月1日現在の居住地) <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 氏名 | | |
| | 連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 — — <input type="checkbox"/> 携帯(父) — — <input type="checkbox"/> 携帯(母) — — | |

※1 上記保護者を、支給認定結果及び保育料（利用者負担額）の納入通知書等の対象となる保護者とします。

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を申請します。

1. 世帯の状況

| 区分 | ふりがな 氏 名 | 続柄 | 個人番号（マイナンバー） 生年月日 | 性別・戸籍情報等 | |
|-----------|-------------|----|-----------------------------|---|--|
| | | | 同居・別居 | 勤務先・学校名等 | |
| 申請児童 | | 本人 | 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| | | | 戸籍上の第 () 子 | | |
| 申請児童の世帯構成 | | 父 | 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 同居 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 別居 | |
| | | 母 | 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 同居 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 別居 | |
| | | | 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 同居 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 別居 | |
| | | | 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 同居 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 別居 | | |

| | |
|---|-------|
| ≪面接時の記録≫ ○来庁者：父・母・その他（ ） ○番号確認・身元確認：個人番号カード / 通知カード・免許証・その他（ ） ○特記事項 | 電算入力済 |
|---|-------|

| | | | |
|--------|----------|-------------------------------|--|
| 家庭状況 | 生活保護 | <input type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 該当あり (由布市・他自治体 ()) |
| | ひとり親※2世帯 | <input type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 該当あり |
| | 在宅障がい者※3 | <input type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 該当あり |
| 祖父母の状況 | 父方 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 不存在 |
| | 母方 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 不存在 |

※2 母子及び父子並びに寡婦福祉法第6条第1項および第2項に規定する配偶者のない者

※3 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者、特別児童扶養手当の支給対象児、障害基礎年金等の受給者

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 | 年 月 1 日 から <input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> その他 (年 月 末日) まで |
| 利用を希望する施設（事業者）名・希望理由 | 第1希望 (希望理由) |
| | 第2希望 |
| | 第3希望 |

以下、「保育所入所申込書」のとおり

3. 保育の利用を必要とする理由等 ※教育（1号）認定希望の方は記入不要

| | | |
|---------------|--|--|
| 保育の利用を必要とする理由 | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離婚・未婚等） |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 産前産後 <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離婚・未婚等） |
| 希望する利用時間※4 | <input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間）希望 <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）希望 (主に 7:00~18:00 の間) (主に 8:30~16:30 の間) | |

※4 提出された書類をもとに、保育所等の利用可能な時間（保育必要量）を市が認定しますので、必ずしも希望通りになるとは限りません。

以下の同意・確認事項をお読みのうえ、ご署名ください。

- ①由布市が、支給認定に必要な個人情報（住民基本台帳・課税台帳等）を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した認定内容及び保育料（利用者負担額）について、入所する施設に対して提示すること。
- ②申請内容が事実と異なる場合は、支給認定を取り消すことがあること。
- ③支給認定に関する審査結果について、申請が集中し審査に時間を要する時期は、申請後30日を超える場合があること。
- ④通知書等の宛名は、原則として本申請における保護者宛となること。
- ⑤支給認定されても入所希望者が多数の場合は、利用調整の結果、希望する施設に入所できない場合があること。
- ⑥支給認定後、施設を利用する必要がなくなった場合や認定内容（家庭状況・勤務状況等）に変更がある場合は、由布市に届け出ること。
- ⑦由布市から転出した場合又は認定有効期間が過ぎた場合は、認定が取り消されたものとみなすこと。

以上の内容について同意します。

保護者氏名

印

(自署の場合、押印は不要です)