

台帳番号		
兄弟台帳番号		

令和7年度

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼入園申込書（2・3号認定用）

大垣市長（管理者）様

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の申請及び入園の申し込みをします。

また、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市県民税の情報（同一世帯者を含む。）、世帯情報、生活保護及び児童扶養手当の受給情報等について閲覧し、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。

保護者名	
住所	大垣市
電話番号	自宅、携帯（父、母）
令和6年1月1日現在の住所	1 上記と同じ 2 その他（ ）

申請に係る	氏名 (ふりがな)	生年月日 (R7. 4. 1 現在の満年齢)	性別	保育園等 在園経歴	身障手帳 等の有無
		個人番号	続柄		
小学校就学前 子ども		年 月 日 (満 歳)	男・女	有 (園) 無	無 (級)
			第 子		

①世帯の状況

区分	氏名 (ふりがな)	子ども との続柄	生年月日	性別	勤務先(職業)・学校名等	備考
			個人番号			
子どもの世帯員 (本人を除く。)		父	令・平・昭・大 年 月 日	男 女		同居 別居
		母	令・平・昭・大 年 月 日	男 女		同居 別居
			令・平・昭・大 年 月 日	男 女		同居 別居
			令・平・昭・大 年 月 日	男 女		同居 別居
			令・平・昭・大 年 月 日	男 女		同居 別居
			令・平・昭・大 年 月 日	男 女		同居 別居
			令・平・昭・大 年 月 日	男 女		同居 別居
家庭の 状況	□ひとり親家庭（児童扶養手当の受給 有・無） □生活保護の適用（ 年 月 日開始） □障がい児(者)のいる世帯（氏名 ）					

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用希望期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
利用を希望する施設名	希望理由 □自宅付近 □職場付近 □通勤経路 □兄弟入所 □その他（ ）

③保育を必要とする理由等

保育を 必要とする理由 (続柄に○印)	続柄	必要とする理由
	父・母 その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）
父・母 その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
希望する利用時間	<input type="checkbox"/> 保育短時間（原則的な保育時間8時間）	
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（開園から11時間）：父母等の1か月の就労時間が120時間以上必要	

※育休中、求職活動中については、保育短時間となります。

[市記載欄]

個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 番号付き住民票
身元の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）