

記入例

様式第1号(第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和8年 3月 1日

保護者氏名 壱岐 太郎

壱岐市長 殿

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。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな)氏名 いき はると	生年月日 令和7年 3月 21日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
	壱岐 悠翔			
個人番号	123456789012			
保護者住所・連絡先	(住所) 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地 (電話番号1) 父 : 090-1234-5678 (電話番号2) 母 : 090-9876-5432			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
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)			

- (※)
- 「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。
 - 「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ください。

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	個人番号	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
児童の世帯員	いき たろう 壱岐 太郎	父	平成3年 2月 1日	男・女	234567890123	壱岐市役所	有・無	
	いき あいこ 壱岐 愛子	母	平成4年 3月 2日	男・女	345678901234	壱岐市役所	有・無	
	いき ももこ 壱岐 桃子	姉	令和3年 4月 5日	男・女	456789012345	盈科小学校	有・無	
			年 月 日	男・女			有・無	
			年 月 日	男・女			有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り(平成・令和 年 月 日保護開始)						

②利用を希望する期間及び希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和8年 4月 1日から令和9年 3月 31日まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	事業所番号*
	第1希望 武生水保育所 (希望理由) 自宅に近いから	
	第2希望 壱岐保育園 (希望理由) 自宅に近いから	
	第3希望 石田こども園 (希望理由) 実家に近いから	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。*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。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

(表面)

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ください。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 就労等 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労等 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月曜日から 土曜日まで		7時 30分 から 18時 30分まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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並びに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。
 生活保護受給世帯については、福祉事務所へ意見を求めることにも同意します。
 保護者氏名 **吉岐 太郎**

*市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日 至 年 月 日
[<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]		
入所施設(事業者)名		
(<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を經由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	