

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和 年 月 日

南アルプス市長 殿

保護者氏名

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。

申請にかかる 小学校就学前 子ども	氏名 <small>(ふりがな)</small>	個人番号	続柄	性別 男・女	生年月日 平成・令和 年 月 日	年齢 歳 <small>(令和7年4月1日時点)</small>
	保護者住所・連絡先 〒					
連絡先 (保護者:父) (保護者:母)						
令和6年1月1日住所地	□現住所と同じ □前住所()					
認定番号	※既に教育・保育の認定を受けている場合に記入してください					

①世帯の状況(申請児童を除いた、世帯にかかわらず同居している方を記入してください)

	氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業または学校名等	同居など
保護者	<small>(ふりがな)</small> 保護者父			男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	<small>(ふりがな)</small> 保護者母			男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
子どもの同居者	<small>(ふりがな)</small>			男・女	年 月 日		
	<small>(ふりがな)</small>			男・女	年 月 日		
	<small>(ふりがな)</small>			男・女	年 月 日		
	<small>(ふりがな)</small>			男・女	年 月 日		

②利用を希望する期間

期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

③2号認定、3号認定を希望する (保育所(園)、認定こども園の保育認定)

保育所(園)	八田	楡形中央	大明	認定こども園	ポッポ	小規模保育事業所	イノヴェ	・入所を希望する施設に、志望順位の番号を記入してください。(複数記入可) ・選考の結果、希望施設に入所できない場合には、空いている施設をご案内します。 ・案内をされても入所をしない施設には、×印を記入してください。
	巨摩	楡形北	たちばな		マコト		つばき	
	白根東	楡形西	さくらんぼ		みだい		(仮)めでの	
	百田	豊	にこにこ		十日市場			
	白根	落合			バンビ			
	若草	南湖			小笠原			

④1号認定 (幼稚園、認定こども園の教育認定)

施設名 【注意】同じ1号認定でも、施設によって選考及び承諾の時期が異なります。
複数の施設に1号認定を申請する場合は、必ず各施設へ事前に確認を行ってください。

⑤広域入所を希望する ※ 所在地の市町村が異なる保育施設を混合しての申請はできません。

施設名	第1希望	<input type="text"/>	第2希望	<input type="text"/>	第3希望	<input type="text"/>
-----	------	----------------------	------	----------------------	------	----------------------

【令和7年度】

⑥子どもの状況

病歴等	<input type="checkbox"/> 無(これまでに大きな病気や持病なし)		
	<input type="checkbox"/> 有	病名等: 入院・通院の状況、その後の経過	いつから: 年 月 日～
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> まだわからない(離乳食をはじめていない)		
	<input type="checkbox"/> 有	食物	<input type="checkbox"/> 該当に○をする⇒ 卵・乳・小麦・そば・落花生・えび・かに <input type="checkbox"/> その他の食物アレルギー()
		給食における個別対応の希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食物以外のアレルギー() ⇒ 医師による診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 いつから: 年 月 日～			
言葉・発育	言葉や発育等について相談している病院や施設等がありましたらご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	相談内容: 相談機関: いつから: 年 月 日～

⑦保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休暇(復職予定) <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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(その他の場合のみ記載):勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休暇(復職予定) <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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(その他の場合のみ記載):勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父または母(<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 自宅外) <input type="checkbox"/> 祖父または祖母(<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> その他()が保育をしている。 <input type="checkbox"/> 勤務先の託児所 <input type="checkbox"/> 認可外保育所・託児所(名称:)を利用している。	
世帯によって該当する事項	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯(続柄:)	
里親の家庭	<input type="checkbox"/> 該当有り	
出産の予定	<input type="checkbox"/> 有り(出産予定日: 年 月 日)	

同意欄

- 1.保育所(園)及び認定こども園等の利用調整または運営上必要と認められる情報を、保育所(園)または認定こども園等に提供することがあります。
- 2.虚偽の申告をした場合は、支給認定の取消を受けること及び保育の利用を解除されることがあります。
- 3.4月からの利用に係る申請については、認定事務が集中することから、認定の可否の通知が申請してから30日を超えることがあります。
- 4.提出した書類等に不足・不備等があった場合には、受付完了とはなりません。
- 5.提出した書類等の内容に整合性がない又は、不明な点がある場合は、勤務先等に照会することがあります。
- 6.受付後、もしくは施設の利用開始後、書類等の内容に変更があった場合、認定や施設の利用に影響することがあるため、速やかに連絡してください。
- 7.6.において連絡がない場合は、利用が決定していても取り消されることがあります。
- 8.南アルプス市が施設型給付費・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・照会することがあります。

保護者氏名 _____

* 施設記載欄(施設を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設名	
備考	