

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書  
 (令和7年度 幼稚園入園・保育所入所申込書)

令和 年 月 日

保護者氏名

豊郷町長 様  
 豊郷町教育委員会教育長 様

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 小学校就学前の 子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	年齢
		年 月 日生	男・女	
障害者手帳 の有無	無 ・ 有 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)			
保護者 住所・連絡先	(住所) 滋賀県犬上郡豊郷町 (連絡先) ① ②			
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	保護者の労働また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。(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および④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況(入所児童を除く。)

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職業または学校名等 個人番号	同居・別居 の区分
児童の 世帯員			明・大 昭・平 令 . .	男・女		同居・別居
			明・大 昭・平 令 . .	男・女		同居・別居
			明・大 昭・平 令 . .	男・女		同居・別居
			明・大 昭・平 令 . .	男・女		同居・別居
			明・大 昭・平 令 . .	男・女		同居・別居
			明・大 昭・平 令 . .	男・女		同居・別居
			明・大 昭・平 令 . .	男・女		同居・別居
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、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	事業所番号*	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。\*印の欄は町記載欄ですので、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。

③保育の利用を必要とする理由等

※ 保護者の労働また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
		<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"/> 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))	
		<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"/> 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"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月	火 水 木 金 土	時 分から 時 分まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

豊郷町が施設型給付費・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。)およ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

\* 豊郷町記載欄 以下記載不要です。

受付年月日	令和 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	
[ <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 ]	至 年 月 日	
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)を経由して豊郷町に提出する場合)

受付年月日	令和 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(令和 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	