

令和6年度 支給認定(施設型給付費・地域型保育給付費等)申請書

三好市長 殿

市が、保育を必要とする事由や状況に該当していることの確認や保育料の決定に必要な世帯の市民税の情報及び世帯状況
閲覧・調査すること。その状況に基づき決定した保育料について、特定教育・保育施設に対して提示すること、勤務日、勤務時間等
について必要がある場合、証明担当者等に問い合わせをすることを同意し、次のとおり施設型給付費に係る支給申請します。
虚偽の記載を行った場合や必要書類を提出しない場合は、利用の解除(退所・退園)させられても異議はありません。

令和 年 月 日

※継続児童の場合は
個人番号(マイナンバー)は
記入しないでください。

保護者① 氏名(自筆)

保護者② 氏名(自筆)

現住所	(様方)											
ふりがな				生年月日(和暦表記)			個 人 番 号(マイナンバー)					
申請児童氏名				年 月 日								
令和6年4月1日 現在の年齢	歳			性 別			男 ・ 女					
アレルギーの有無	有 ・ 無			障害者手帳等の有無			有 ・ 無					
兄弟姉妹のうち何番目	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降											
電 話		自宅	-									
(優先的に使う連絡先に○をつけてください)		携帯(保護者①)	-									
		携帯(保護者②)	-									

①世帯の状況(申請児童を除く、保護者・兄弟姉妹及び同居者について記載してください)

児童の世帯員氏名(ふりがな)	児童との続柄	性別	生年月日(和暦)	勤務先・学校名・学年(令和5年4月1日現在)	個 人 番 号(マイナンバー)
		男・女	・		
		男・女	・		
		男・女	・		
		男・女	・		
		男・女	・		
家庭の状況	ひとり親家庭(死別 離婚 未婚) ・ 左記以外				
生活保護の適用の有無	適用有(年 月 日保護開始) ・ 適用無し				
在宅障がい者の有無	有 ・ 無				
18歳未満の別居の兄弟	有 ・ 無				
令和5年1月1日現在の住所	保護者①	三好市内・三好市外(県 市・郡 町・区・村)			
	保護者②	三好市内・三好市外(県 市・郡 町・区・村)			

※上記の記載や添付資料がない場合、減免は受けられません。18歳未満とは高校3年生以下です。

②利用を希望する期間、希望する施設

利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
利用を希望する施設 (必ず第3希望までご記入ください)	希 望 施 設 名	
	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

③育児休業期間の終了に伴う職場復帰により、利用を希望する場合

希望する保育所等に入所できず、入所保留となった場合、育児休業の延長申請をすることについて	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
--	--

③希望する利用曜日・時間 ※希望するよる利用曜日を ○で囲んでください。

利用する曜日	月	火	水	木	金	土
利用する時間	午前・午後		時 分	～	午前・午後	時 分

※認定こども園利用の方のみ記入（該当する方に○を付けてください）

	長時部 希望	※保育所部分
	短時部 希望	※幼稚園部分

④ 保育の利用を必要とする理由

※保護者の該当するところに○をつけてください。

保育の必要性		①	②	
就 労	居 宅 外 就 労 (休憩時間を除く)			月 120時間以上勤務
				月 64時間以上勤務
				月 48時間以上64時間未満勤務
				月 48時間未満勤務
	居 宅 内 就 労 (自営・農業) (休憩時間を除く)			月 120時間以上勤務
				月 64時間以上勤務
				月 48時間以上64時間未満勤務
				月 48時間未満勤務
保護者の疾病・障がい				疾病もしくは負傷により常時看護を受ける必要があり、保育が困難である
				疾病もしくは負傷により保育が困難である
				身体障害者手帳1～2級、精神障害者保健福祉手帳1級または療育手帳Aの交付を受けている
				身体障害者手帳3級以下、精神障害者保健福祉手帳2級または療育手帳Bの交付を受けている
親族の介護・看護				入院(通院・通所)のために付き添いが必要である
				自宅での療養のために付き添いが必要である
災害復旧への従事				震災・風水害・火災その他の災害により自宅や近隣の復旧にあたっている
求職中				求職活動中 起業準備中である
就 学 中				職業訓練校・専門学校・大学等に就学中である
				学校名: 卒業予定日: 令和 年 月 日
				学校名: 卒業予定日: 令和 年 月 日
DV等				DV(ドメスティックバイオレンス)等を受けている又は受けるおそれがある
育休中の入所				育児休業取得中で、既に保育を利用している子どもがいて継続利用が必要
その他				上記以外の理由
				具体的に: