

子ども・子育て支援施設型給付費等

令和8年度(1号認定)

支給認定申請書（施設利用申請書兼児童台帳兼現況届）

1. 新規

2. 継続

3. 変更

4. 再交付

大刀洗町長様

次のとおり、施設型給付費等・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

ふりがな	性別	年 月 日生	保護者との続柄	障がい手帳の有無	有・無
児童氏名	男・女	R8.4.1現在の年齢()歳		療育手帳の有無	有・無
住所	〒三井郡大刀洗町大字			特別児童扶養手当の有無	有・無
				連絡先	
令和7年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 大刀洗町 <input type="checkbox"/> 大刀洗町外()市・区・町・村			【 】	— —
令和8年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 大刀洗町 <input type="checkbox"/> 大刀洗町外()市・区・町・村			【 】	— —
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 届出保育施設 <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設(託児所等) <input type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> その他()				
現在入所中の施設名			保育所(認定こども園の保育所部分)への同時申込の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設名)	

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に際して、申請者(申込者)及び同居親族の市町村民税の情報や世帯情報を閲覧することに同意します。

申込日 令和 年 月 日

また、その情報に基づき決定した副食費の免除決定及びここに記載されている内容を、利用する(ふりがな)特定教育・保育施設又は特定地域型保育事業者に対して提示することに同意します。

保護者氏名

年度当初(4月)の利用に向けた認定事務が集中する時期については、審査結果(認定証交付)が2月下旬になることを了承します。

(施設利用申請書兼児童台帳)

入所(予定)の施設名	
1号認定での入所期間(※)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

(※) 令和8年度中に満3歳となる方は、満3歳の誕生日の前日からが1号認定での入所となります。

世帯の状況(利用希望する児童以外のすべての同一世帯員、同居人及び別居のきょうだいを記入ください。)

※ 建物が同一であって、住民票上の別世帯がいる場合(同一地番に2世帯以上ある等)も記入してください。

※ 両親(父及び母)の一方が別居の場合、住民票上も別居であっても必ず記載し「別居」を○で囲んでください。(例:単身赴任や離婚調停中など)

※ 別居していても「生計が同一の子ども」がいる場合は、その子どもも記入してください。(例:離れて暮らす高校生や大学生など)

世帯員の状況(全員記入)	ふりがな氏名	児童との続柄	生年月日	同居別居	別居の状況	勤務先・就学先(児童は学校・保育所等)
			昭・平・令 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外:市町村名()	
			昭・平・令 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外:市町村名()	
			昭・平・令 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外:市町村名()	
			昭・平・令 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外:市町村名()	
			昭・平・令 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外:市町村名()	
			昭・平・令 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外:市町村名()	
			昭・平・令 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外:市町村名()	
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(年 月 日保護開始)					
ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ひとり親医療証や児童扶養手当証書等の写しを提出ください。)					
同居の障害者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(氏名:) (手帳名: 等級:)					

*施設記載欄（※施設の担当者が記載してください。）

施設受付年月日	令和 年 月 日				
施設(事業者)名					
担当者氏名	(担当者)				
連絡先	(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				
1号認定での入所日	令和 年 月 日	クラス年齢	満3歳 ・ 3歳 ・ 4歳 ・ 5歳		
備 考					

※ 町記入欄

認定の可否	認定者番号	支給(利用)期間
可 ・ 否 （否とする理由）		自 令和 年 月 日
令和 年 月 日認定	年 月 日送付	至 令和 年 月 日
備 考 欄		
必要書類確認表 ※受領した書類にチェックを入れること		
<p>【状況により必要】</p> <p>父 母 ()</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年度(年分)所得課税証明書 など</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年度(年分)所得課税証明書 など</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、児童扶養手当証書 ※ひとり親の場合に添付</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書 ※障害者がいる場合に添付</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 ※生活保護の場合に添付</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他【 】</p>		

副食費免除対象区分の認定経過

令和7年度課税額	の児童 続柄と	氏 名	4月 ～ 8月分算定額		令和8年度課税額	の児童 続柄と	氏 名	9月 ～ 3月分算定額	
			均等割	所得割				均等割	所得割
		父						父	
母				母					
合 計				合 計					
徴収免除の有無		<input type="checkbox"/> 免除対象(国) <input type="checkbox"/> 免除対象(町) <input type="checkbox"/> 免除対象外		徴収免除の有無		<input type="checkbox"/> 免除対象(国) <input type="checkbox"/> 免除対象(町) <input type="checkbox"/> 免除対象外			

※ 町確認欄	<input type="checkbox"/> 支給認定入力	<input type="checkbox"/> 入所決定入力	<input type="checkbox"/> 保護者発送(月 日)	<input type="checkbox"/> 施設発送(月 日)
--------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------