

認定申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

小野町長様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかか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	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日	男 ・ 女	有 ・ 無
個人番号(マイナンバー)				
保護者住所及び日中 連絡が取れる連絡先	(住所)			
	(日中連絡が取れる連絡先)父：		母：	
認定者番号	※すでに支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無 (注)「有」「無」どちらかを○で囲んでください。	有：保護者の労働又は疾病等の理由により、保育施設において保育の利用を希望する場合（幼稚園と併願の場合を含む）			
	無：幼稚園的利用を希望する場合（保育所と併願の場合を除く）			
支給認定証 交付申請について	申請する ・ 申請しない ※どちらかを○で囲んでください			

(注)「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を選んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

① 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 町民税課税 の有無	備考
	個人番号(マイナンバー)						
児童 の 世 帯 員	(ふりがな)		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)		大正 昭和 平成 令和 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 (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	
	第2希望	
第3希望		

*印欄は町記入欄ですので、記入する必要はありません。

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	
		□ 就労 □ 妊娠・出産 □ 疾病・障がい □ 介護等 □ 災害復旧 □ 求職活動 □ 就学 □ 虐待やDV □ 育児休業 □ その他 (具体的な状況(勤務先、勤務時間、日数などや疾病の状況を記載ください。))			□ ひとり親家庭
	利用曜日				利用時間
	希望する利用時間				

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

小野町が施設型給付費・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に同意します。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 _____

*町記載欄

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) 年 月 日 認定		□ 1号 □ 2号 □ 3号 (□ 標 □ 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		
[□ 施設型 □ 地域型 □ 特例施設型 □ 特例施設型]		
入所施設(事業者名)		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して小野町へ提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	
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(内定))) ・ 無
備考	

(裏面)

児童1人につき1枚
提出が必要です！

記入例

認定申請書

令和●●年●●月●●日

保護者氏名 **小野町 希望**

小野町長様

記入した日を記入してください

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかか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	氏名 (ふりがな) おのまち こざくら 小野町 小桜	生年月日 平成●●年●●月●●日	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	障害者手帳の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
個人番号(マイナンバー)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1			
児童の個人番号(12桁) を記入してください	小野町大字小野新町字中通2番地			
認定者番号	※すでに支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無 (注)「有」「無」どちらかを○で囲んでください。	<input checked="" type="radio"/> 有 保護者の希望	■保育園的利用(2号・3号認定)の方は「有」に○を記入 ⇒表面の①・②、裏面の③・④を記入してください		
	<input type="radio"/> 無 幼稚園的利用	■幼稚園的利用(1号認定)の方は「無」に○を記入 ⇒表面の①・②、裏面の④を記入してください		
支給認定証 交付申請について	<input checked="" type="radio"/> 申請する	<input type="radio"/> 申請しない	※どちらかを○で囲んでください	

(注)「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「申請する」に○を記入してください

① 世帯の状況

区分	氏名	個人番号(マイナンバー)	家族構成や兄弟姉妹構成、個人番号(12桁) を忘れずに記入してください	職業又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 町民税課税 の有無	備考
児童 の 世 帯 員	(ふりがな) おのまち きぼう 小野町 希望	父	昭和●●年●●月●●日	<input checked="" type="radio"/> 男・女	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	(ふりがな) おのまち こまち 小野町 小町	母	平成●●年●●月●●日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) おのまち たろう 小野町 太郎	弟	令和●●年●●月●●日	<input checked="" type="radio"/> 男・女	分かる範囲で 記入してください	
	(ふりがな) おのまち はなこ 小野町 花子	祖母	昭和●●年●●月●●日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	(ふりがな)		年 月 日		小学校就学前までの期間となります [3歳児] 令和8年3月31日まで [4歳児] 令和7年3月31日まで [5歳児] 令和6年3月31日まで	
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用有り(平成)					

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5年4月1日 から 令和6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
	第1希望 ●●●●こども園	●●●●のため
	第2希望	
	第3希望	

「おのまち認定こども園」のみを
希望する場合は記入不要です

*印欄は町記入欄ですので、記入する必要はありません。

(表面)

「幼稚園の利用」の方は③記入不要

「保育を必要とする理由」や「就労状況」などに応じて添付書類が異なりますので、別添「募集案内チラシ」を必ずご確認ください

③ 保育
※ 保護者の労働又は疾病等の理由により保育所において

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要		考
	父	<input checked="" 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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、勤務時間、日数などや疾病の状況を記載ください。))		
	●●株式会社 午前●時●分 ~ 午後●時●分 週(月)●日勤務			
母	<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 checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務先、勤務時間、日数などや疾病の状況を記載ください。))			
ハローワークに週(月)●回通って、求職活動をしている。				
家庭の状況	就労状況などにより希望の利用時間での利用ができない場合がございます		<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	月曜日 ~ 金曜日		利用時間 午前●時●分 ~ 午後●時●分	

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

小野町が施設型給付費・地域型保育給付費の算定に必要となる世帯情報(世帯員一世代者を含む)及び世帯情報を閲覧することに同意します。また、その結果に基づき、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。

「保育料」「副食費」の算定に使用しますので必ず署名ください

保護者氏名 小野町 希望

*町記載欄

受付年月日 年 月 日

可
()

可
()

[

*
()

町記載欄のため記入不要です