

令和 年 月 日

大潟村長 あて

保護者氏名 大潟 太郎 印

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。
また、大潟村が施設型給付費・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）及び世帯情報を閲覧すること、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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生 年 月 日	性 別
	(ふりがな) おおがた ことろう 大潟 小太郎	平成・令和 3 年 4 月 4 日生	男・女
	マイナンバー 112233445566	障害者手帳の有無 有・無	
保護者住所 電話番号	(住 所) 大潟村字 中央 1 番地 2 1		
	(自 宅) 0185-45-3240	(携 帯) 0	入園子どもの マイナンバーを記入
保育の希望 の有無 (※)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育園等において保育の利用 の希望を含む)		
	無 : 幼稚園 無 : 1 号 有 : 2・3 号 (保育園等と併願の場合を除く)		
支給認定証	□ 交付を希望する場合チェックしてください (認定期間終了後に返却必要)		
	※希望しない場合は、支給認定証を返却してください		

(※)・「保育園等」とは、保育園、認定こども園（保育部分）、小規模保育
・「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、②に「無」を○で囲んだ場合は①、②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)市町村民 税課税の有無	マイナンバー
	おおがた たらう 大潟 太郎	父	S60 年 5 月 5 日生	男・女	農 業	有・無	223344556677
	おおがた はなこ 大潟 花子	母	S60 年 6 月 6 日生	男・女	会社員	有・無	334455667788
	おおがた いちこ 大潟 一子	姉	H26 年 7 月 7 日生	男・女	小学校3年	有・無	445566778899
	おおがた いちろう 大潟 一郎	祖父	S30 年 8 月 8 日生	男・女	農 業	有・無	556677889900
	おおがた さちこ 大潟 幸子	祖母	S30 年 9 月 9 日生	男・女	農 業	有・無	667788990011
			年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護適用の有無		適用無し・適用有り (年 月 日保護開始)					

保育利用無（1号）：小学校入学まで
保育利用有（2・3号）：小学校入学まで

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7年 4月 1日から 令和 9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	大潟村立大潟こども園（希望理由）自宅・職場に近い	
	第2希望	（希望理由）	

保育利用有の場合に記入

③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	備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <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）） 農業専従者 8:30~18:00 月20日勤務	
	母	<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"/> 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）） （株式会社〇〇〇 8:30~16:30 or 9:00~17:00 月20日勤務）	
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（○で囲んで下さい）		利用時間
	月 火 水 木 金 土		パターン① 8時00分から 17時00分まで
			パターン② 8時30分から 17時30分まで

*大潟村記載欄

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） 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間）
支給（入所）		支給（利用）期間
可・否（否とする理由） <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		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日

記入不要