

# 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 （現況届） 兼保育所等利用申込書

令和 年 月 日

（宛先）白岡市長  
白岡市福祉事務所長

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。

- 市が施設型給付費・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及び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。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請
	<input type="checkbox"/> 継続申請

保護者氏名

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 <small>（ふりがな）</small>	生年月日 平成・令和 年 月 日生 令和8年4月1日 現在の年齢	性別 男・女	障害者手帳の有無	認定者番号（既に支給認定を受けている場合のみ記入してください）
	個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * *		現在の年齢 歳		有・無
保護者の住所及び連絡先	現住所 〒 白岡市 <small>アパート・マンション・部屋番号など</small>	自宅		( )	( )
		携帯 ( )		( )	( )
日中連絡が取れる電話番号	令和6年1月1日現在の住所	父 白岡市内・外( ) 母 白岡市内・外( )	令和7年1月1日現在の住所	父 白岡市内・外( ) 母 白岡市内・外( )	
	※ 該当日に住所が白岡市外だった場合は ( ) 内に市区町村名を御記入ください。				

①世帯の状況 ※父母及び同居所に住んでいる全員（世帯分離している人も含む。）について記入してください。

区分	氏名（上記の申請に係る小学校就学前子どもを除く。） <small>（ふりがな）</small>	子どもの続柄	生年月日 大昭平令 年 月 日生	（上段）職業又は学校名等	（下段）個人番号	備考
				身体障害者手帳	有・無	
子どもの世帯員	<small>（ふりがな）</small>		大昭平令 年 月 日生		有・無	
	<small>（ふりがな）</small>		大昭平令 年 月 日生		有・無	
	<small>（ふりがな）</small>		大昭平令 年 月 日生		有・無	
	<small>（ふりがな）</small>		大昭平令 年 月 日生		有・無	
	<small>（ふりがな）</small>		大昭平令 年 月 日生		有・無	
	<small>（ふりがな）</small>		大昭平令 年 月 日生		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り	ひとり親家庭	非該当・該当（死別、離婚、生死不明、未帰還、未婚）		

②利用を希望する期間、希望保育時間、希望する施設（事業者）名など

利用を希望する期間	令和 **年**月**日から	施設利用（を希望する事業者）名	第1希望	第6希望	*****	
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで		第2希望	*****	*****	
<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで	第3希望		*****	第8希望	*****	
利用曜日	月・火・水・木・金・土		第4希望	*****	第9希望	*****
希望保育時間	午前 時 分から 午後 時 分まで 時間		第5希望	*****	第10希望	*****
申請理由	※第11希望以降も希望する場合は、様式は問いませんので、別紙に記入し、この申請書に添付して下さい。					

○「記入例」を参考に記入してください。字は楷書ではっきり、ていねいに書いてください。