

様式第1号（第4条関係）

天栄村教育・保育給付支給認定申請書
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

令和 年 月 日

天栄村長 様

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。

申請に係る小 学校就学前子 ども	(フリガナ) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳、 療育手帳の 有無
	テンエイ タロウ	令和4年4月1日生	男・女	有・無
	天栄 太郎			
個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
保護者 住所・連絡先	令和7年1月1日現在の住所		天栄村内 ・ 天栄村外	
	(住所) 〒962-0592 天栄村大字下松本字原畑 78 番地			
	(連絡先) (父) 0248-82-2115 (母) 0248-82-2115			
認定者番号	※既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 (※)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する 場合 (幼稚園等と併願の場合を含む)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)

・「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①～④に、「無」を○で囲んだ場合は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	(フリガナ) 氏 名	児童と の続柄	生年月日	性 別	職 業 学校名等	市町村民 税課税の 有無	備考
児童の 世帯員	テンエイ イチロウ 天栄 一郎	父	平成9年4月1日生	男・女	会社員	有・無	
	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
	テンエイ ハナコ 天栄 花子	母	平成8年4月1日生	男・女	会社員	有・無	
	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2						
			年 月 日生	男・女		有・無	
	世帯員の欄が足りない場合はコピーして2枚目に記入してください。						
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	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)					

(表面)

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8年4月1日から		
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由		事業所番号* (村記入欄)
	第1希望	天栄保育所 (希望理由) 村内の施設のため	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。
○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の利用 を必要とす る理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日 数等や疾病の状況など）
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDV のおそれ ☐ 育休取得中で保育利用中の子ども ☐ その他（ ）	株式会社 ○○○ 勤務日数 月21日 就労時間 8:00~17:00
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDV のおそれ ☐ 育休取得中で保育利用中の子ども ☐ その他（ ）	株式会社 ○○○ 勤務日数 月21日 就労時間 8:00~17:00
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 左記以外		
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間
	月 曜日から 金 曜日まで		7時 30分から 18時 30分まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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。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 天栄 一郎 ㊞

※村記載欄

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 年 月 日認定	(否とする理由)		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
支給（入所）の可否			支給（利用）期間
可・否 〔 ☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型〕	(否とする理由)	自： 年 月 日 至： 年 月 日	
入所施設（事業者）名			
備考			