

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

- 継続入所
 新規入所
 転園希望

平成 年 月 日

字は楷書ではっきりと書いてください

保護者氏名

印

平生町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定申請をします。

申請に係る 小学校就学前子 ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	障害手帳 の有無	出生順位
		平成 年 月 日	男・女	有・無	第1子 第2子 第3子以降
保護者 住所・連絡先	(住所) 742-11 平生町大字				
	自宅電話番号 携帯電話番号 ① () ② ()				
認定者番号	※ 既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
保育希望の有無 (※)	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、保育園、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。

※ 「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ください。

① 世帯の状況

区分	(ふりがな) 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) 市町民税 課税の有無	個人番号
世 帯 員				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業所)名・希望理由
	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

(表面)

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ください。

※ 幼稚園等を希望する場合は、記入の必要はありません。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		備考
		<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 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】)		
		<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 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】)		
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		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分	～ 時 分
希望する保育必要量	1. 保育標準時間認定 2. 保育短時間認定			

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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・保育施設に対して提示することに同意します。

保護者氏名

印

* 町記載欄

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日		
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)	支給(利用)期間	
(<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 平成 年 月 日	
	至 平成 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園【 <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)】 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考		

* 施設記載欄(施設【事業者】を経由して町に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
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
備考	

(裏面)