

(表面)

施設型給付・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 利用申込書

平成 年 月 日

保護者住所

保護者氏名

印

本山町長 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。

住所				
保護者氏名		連絡先	(自宅) (父) (母)	
(フリガナ) 児童氏名		性別 男・女	生年月日	平成 年 月 日
保育希望の有無 (該当する方に○を付けてください)	有 : 保護者の労働または疾病等の理由により、保育所等の理由により、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除く)			

【家庭の状況】

区分	(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名等
児童の世帯員				

【利用を希望する期間・施設名】

利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	
利用を希望する施設名	施設名	希望理由(該当するものに○をつけてください)
	(第1希望)	1. 現在入所中 2. 兄弟児が入所中 3. (自宅・職場)に近い 4. その他()
	(第2希望)	1. 現在入所中 2. 兄弟児が入所中 3. (自宅・職場)に近い 4. その他()
	(第3希望)	1. 現在入所中 2. 兄弟児が入所中 3. (自宅・職場)に近い 4. その他()

(裏面)

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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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(理由)	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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(理由)	
希望する利用時間	利用希望曜日		利用希望時間
	月・火・水・木・金		時 分 ~ 時 分
土曜日の利用希望	有・無		時 分 ~ 時 分
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	・ <input type="checkbox"/> 左記以外	障害者手帳の有無 有・無
生活保護の適用の有無	適用無・適用有(平成 年 月保護開始)		

【税情報等の提供にあたっての署名欄】

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・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名

印

※市町村記載欄

市町村受付日	平成 年 月 日		
許可の可否		認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)	認定日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否			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 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"/> 地 <input type="checkbox"/> 保)			
<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)			

※ 施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日		
施設名		(事業所番号:	
担当者氏名		(連絡先:)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(平成 年 月 日契約))・無		