

(第1号様式)

支給認定申請書兼入園(所)申込書  
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

田上町長 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。

申請児童	(フリガナ) 氏名		生年月日	性別	保護者との 続柄
			年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
保護者 住所・連絡先	保護者氏名		電話番号 (自宅)		
	(住所)〒959- 田上町大字		父携帯		
	令和5年1月1日現在の住所		母携帯		
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(※)	<input type="checkbox"/> 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(幼稚園との併願の場合を含む)				
	<input type="checkbox"/> 無： 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く)				

(※)・「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。

① 個人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 ㊟

② 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は職業、学校名等	市町村民税課税の有無	備考
児童の世帯員		父	年 月 日生	男		有・無	
		母	年 月 日生	女		有・無	
		本人	年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			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		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( 年 月 日保護開始)					
ひとり親世帯等の適用の有無		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)					

③ 利用を希望する期間

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金 土	時 分から 時 分まで

申請書(表)

④希望する施設（事業者）名

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	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)

⑤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**、該当する□の欄に✓し具体的な状況を記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休取得中 <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）や、 その他の内容を記入	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休取得中 <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）や、 その他の内容を記入		

記入はここまで

\*町記入欄

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 年 月 日認定	(否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <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)		自：令和 年 月 日 至：令和 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"/> 幼児園・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）			
備考			

\*施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

受付年月日	令和 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（令和 年 月 日契約（内定）））・無
備考	