

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ ㊞

厚沢部町長 渋田正己様

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	氏 名 <small>(ふりがな)</small>	生 年 月 日 平成 年 月 日生	性 別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
保護者 住所・連絡先	現住所 〒 _____			
	電話番号（自宅） _____	_____（携帯電話） _____		
認定者番号	平成 年1月1日現在の住所 _____ 厚沢部町内・厚沢部町外			
保育の希望 の有無(*)	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
	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（保育所分）、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	氏 名 <small>(ふりがな)</small>	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) 市町村民税 課税の有無	備 考
児童の 世帯員			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	
			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）					

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（事業者）名・希望理由		事業所番号※
	第1希望	(希望理由)	
	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ください。 ※印の欄は、記入する必要はありません。

○ 文字は楷書ではっきりと書いてください。

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			備考
		<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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休時の継続利用 <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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休時の継続利用 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状況 (勤務先、就労時間・日数、疾病等の状況など)			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外				
希望する利用曜日・時間	利用曜日		利用時間		
	曜日から	曜日まで	(月～金)	時から	時まで
			(土)	時から	時まで

④税情報等の提供に当たっての同意欄

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 ㊟

----- (以下は記入しないでください) -----

* 市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日
認定の可否 可・否 (否とする理由) 平成 年 月 日認定	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 (□標 □短)
支給(入所)の可否 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]	支給(利用)期間 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(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事))	
備考	

* 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(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(平成 年 月 日契約(内定)))・無
備考	