

## 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

印

中種子町長 田淵川 寿広 殿

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	生年月日	性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
保 護 者 住所・連絡先	(住所)				
	(連絡先) ( )		(緊急連絡先)		
平成26年1月1日現在の住所		中種子町内 ・ 中種子町外			
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(幼稚園等との併願の場合を含む)				
	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。(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保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」に○で囲んだ場合は記入してください。

	続柄	必要とする理由	備 考
保育の利用を必要とする理由		<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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )	
		<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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )	

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳, 療育手帳, 精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有( )
その他特記事項	無・有( )

③世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性別	子どもとの続柄	勤務先又は学校名等	備 考
児童の世帯員		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
生活保護の摘要の有無		摘要無 ・ 摘要有(平成 年 月 日保護開始)				

④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		
希望する 利用曜日・時間 ※幼稚園利用の際は記入不要	利用曜日		利用時間
	曜日 から 曜日まで	時 分 から 時 分	
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税情報の提供に当たっての署名欄

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	印

----- 【記入はここまで】 -----

※施設記載欄（幼稚園等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	(施設・事業所番号： )
担当者氏名 連絡先	(担当者) (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	

※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)
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）時間 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（ <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		