

(表面)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼入所申込書

令和 年 月 日

下郷町長 様

次のとおり、施設型給付・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

また、支給認定に必要な同一世帯員を含む市町村民税の情報を確認し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、利用施設に対して提示することに同意します。

保護者	氏名	Ⓜ	連絡先	()
	個人番号(マイナンバー)			
	現住所	〒		
	令和2年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 同上		

児童	フリガナ		性別	生年月日	平成	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害者手帳、療育手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	個人番号(マイナンバー)							

認定者番号	※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。
-------	----------------------------

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 ^{※1)} において保育の利用を希望(幼稚園等 ^{※2)} と併願の場合を含む) → 以降の項目①～③すべて記入してください。
	<input type="checkbox"/> 無	幼稚園等 ^{※2)} の利用を希望(保育所等 ^{※1)} と併願の場合を除く) → 以降の項目①、②について記入してください(③は記入不要)。

※1) 「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。
 ※2) 「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 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	備考
児童以外の世帯員				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生活保護適用の有無			<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日適用開始)			
家庭の状況			<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障がい児(者)のいる世帯			

(裏面)

② 利用を希望する施設（事業者）名、利用を希望する期間

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) ※町処理欄、記入不要
	第1希望		
	第2希望		
第3希望			
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		

③ 保育の利用を必要とする理由等

※保育所等^{※1)}において保育の利用を希望する場合のみ以下の項目に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	児童との続柄	必要とする理由	具体的な状況等 (勤務先、就労時間・日数や疾病等の状況等)
		<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()	

保育の利用を必要とする時間等	必要とする曜日	1日のうちで必要とする時間	備考 ^{※3)}
	<input type="checkbox"/> 平日（月～金曜日）	(: ~ : まで)	
	<input type="checkbox"/> 土曜日	(: ~ : まで)	

※3) 備考欄には、上記の必要とする曜日・時間等において補足すべき事項がある場合に記入してください。

----- [記入はここまで] -----

※町記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 可（令和 年 月 日認定） <input type="checkbox"/> 否（理由 ）	認定者番号	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号（ <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短） <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短）
<input type="checkbox"/> 可 [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例地域型] <input type="checkbox"/> 否（理由 ）		支給（入所）の可否 支給（利用）期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設（事業者）名		
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	令和 年 月 日
施設（事業者）名	(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	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定（平成 年 月 日契約（内定）） <input type="checkbox"/> 無
備 考	