様式第1号

支給認定申請書（兼入所申込書）

# 　　　　年　　月　　日

# 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

# 皆野町長　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（入所） | フリガナ氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 保護者との続柄 |
| 児童 |  | 　　　　年　　月　　日（4/1時点で　　　歳） | 男 　女 |  |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 認定者番号（認定済の方） |  |
| 保護者住所・連絡先 | （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　） |
| 保育の希望の有無 | 有：　保護者の労働・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 |
| 無：　幼稚園等の利用を希望する場合 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 利用を希望する期間、希望する施設名
 | 町外保育施設の希望 | 無　・　有 |
| 利用を希望する期間 | から |
| 利用曜日 | 月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土 |
| 保育希望時間 | □　標準時間保育（11時間）　　・　　□　短時間保育（８時間）　　　　　　　 |
| 利用を希望する施設（事業者）名 | 第１希望 | （市区町村・施設名）　　　　　　　　　（希望理由）　　　　・ |
| 第２希望 | （市区町村・施設名）　　　　　　　　　（希望理由）　　　　・ |
| 第３希望 | （市区町村・施設名）　　　　　　　　　（希望理由）　　　　・ |

# 世帯の状況（入所児童の同居者全員）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏　名 | 生年月日 | 性別 | 児童との続柄 | 多子軽減計算対象(\*6) | 職業・学校名 | 市町村民税課税有無(\*7) | 障害者手帳等の有無(\*8) | 個人番号 | 備考 |
| 児童の世帯員 |  | 　　　.　　. |  |  | □対象 |  | 有・無 | 有・無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 　　　.　　. |  |  | □対象 |  | 有・無 | 有・無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 　　　.　　. |  |  | □対象 |  | 有・無 | 有・無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 　　.　　. |  |  | □対象 |  | 有・無 | 有・無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 　　.　　. |  |  | □対象 |  | 有・無 | 有・無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 　　.　　. |  |  | □対象 |  | 有・無 | 有・無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生活保護の適用 | 無　　・　　有　　（　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 保護開始 ） |
| 母子・父子家庭について | 非該当　　・　　該当　（ 死亡 ・ 離婚 ・ 未婚 ・ 失踪 ・ その他 ） |

1. 税情報等の提供に当たっての署名欄

皆野町が施設型給付費・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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**保護者氏名**

1. 保育の利用を必要とする理由等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 続柄 | 保育の利用を必要とする理由 | 備考 |
| 保育の利用を必要とする理由 |  | □就労 □妊娠･出産 □疾病･障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動□就学 □虐待・ＤＶ □育児休業中で復帰予定 □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** |  |
|  | □就労 □妊娠･出産 □疾病･障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動□就学 □虐待・ＤＶ □育児休業中で復帰予定 □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** |  |

# 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 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

## ＊市町村記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 認定の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
| 　可・否　　（否とする理由）　　年　　月　　日認定 |  | □１号　□２号　□３号　　　　（　□標　□短　） |
| 支給（入所）の可否 | 支給(利用)期間 |
| 　可・否　　（否とする理由）　　□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型  | 自 　　　　年　　月　　日 |
| 至 　　　　年　　月　　日 |
| 入所施設（事業者）名 |
| 　□認定こども園（□連　□幼（□幼 □保）　　□保（□保 □幼）　　□地（□幼 □保））　□幼稚園　　　□保育所　　　□地域型（□小　□家　□居　□事） |
| 備　　　考 |  |

## ＊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 | 　　年　　月　　日 |
| 施設（事業者）名 | 　　　　　　　　　　　　　　　（施設・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　（　　　　年　　月　　日契約（内定））　・　無 |
| 備　　　考 |  |