

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書(兼 施設等利用申込書)

年 月 日

小国町長 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。併せて、施設等の利用を申込みます。
 その際、町が施設型給付費等の支給認定に必要な市町村民税の課税情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報等を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。
 また、年度当初の支給認定は、事務が集中し審査等に日時を要するため、支給認定証の交付は申請から30日を経過することにも併せて同意します。

保護者 (申請者)	氏名	住所 〒999— 小国町大字
	個人番号	

なお、上記の申請及び個人番号の提供について、以下のものに委任します。(※上記の申請者が申請に来られない場合はご記入ください。)

受任者 (提出者)	氏名 申請者との続柄	住所
--------------	---------------	----

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳、療育 手帳の有無
	個人番号:	年 月 日生	男・女	有・無
各年1月1日現在の 保護者の住所地	年 1月1日現在	<input type="checkbox"/> 小国町 <input type="checkbox"/> 他市町村()	年 1月1日現在	<input type="checkbox"/> 小国町 <input type="checkbox"/> 他市町村()
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望の 有無(※)	有 無			

(※) 「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①、②に必要事項を記入してください。

① 世帯の状況

区分	(フリガナ) 氏名	子ども の続柄	生年月日	性別	職業、 学校名等	障害者手帳 等の有無	備考
子どもの 世帯員	個人番号:		年 月 日生	男・女		有・無	
	個人番号:		年 月 日生	男・女		有・無	
	個人番号:		年 月 日生	男・女		有・無	
	個人番号:		年 月 日生	男・女		有・無	
	個人番号:		年 月 日生	男・女		有・無	
	個人番号:		年 月 日生	男・女		有・無	
	個人番号:		年 月 日生	男・女		有・無	
	個人番号:		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)						

(裏)

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	年 月 日から 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
	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

○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	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数やや病の状況など)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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時から 時まで

児童の状況(保育に注意しなければならないことがありましたら、下記の欄にご記入願います。)

1 注意が必要な病気・アレルギー等やかかりつけの医院など
2 その他(配慮してほしいことなどを記入してください。)

-----【記入はここまで】-----

*町記入欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否		認定番号	認定区分
可・否	(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)
年 月 日認定			
支給(入所)の可否		支給(利用)期間	
可・否	(否とする理由)	自: _____年 月 日	至: _____年 月 日
入所施設(事業者)名			
備考			