

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

せたな町長 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。

申請に係る小 学校就学前子 ども 個人番号	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	障がい者手帳 の有無
	()	平成・令和 年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住 所) せたな町 区 (電話番号) -			
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
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、保育の利用を希望する場合			
	無 : 教育の利用を希望する場合			

(※)「有」を○で囲んだ場合は以下①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名 個人番号	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) 市町村税 課税の有無	備考
児童 の 世帯員	() [個人番号欄]		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女		有・無	
	() [個人番号欄]		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女		有・無	
	() [個人番号欄]		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女		有・無	
	() [個人番号欄]		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女		有・無	
	() [個人番号欄]		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無 ・ 適用有 (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	令和 年 月 日から令和 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)
	事業所番号*	

● *印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

● 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の理由を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考						
	父 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <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 <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))							
	母 ()	<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 <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))							
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家族 <input type="checkbox"/> 左記以外								
希望する利用時間	利用曜日				利用時間				
	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	時	分から	時	分まで
	土曜					時	分から	時	分まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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

*市町村記載欄

受付年月日	令和 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) 令和 年 月 日認定		<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		支給 (利用) 期間
可・否 (否とする理由) [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型]		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設 (事業所) 名		
備考		

*施設記載欄 (施設 (事業所) を経由して市町村に提出する場合)

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	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約 (内定) の有無	有 (契約・内定 (令和 年 月 日契約 (内定))) ・ 無
備考	

(裏面)