

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 兼現況届出書)

白石町長 様

平成 年 月 日

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、保育所・認定こども園等の保育施設への入所を申し込みます。

1. 新規	2. 継続 (現況届)
-------	----------------

保護者 (申請者)	住所	白石町大字	氏名	
--------------	----	-------	----	--

なお、上記の申請及び個人番号の提供について、以下の者に委任します。
 ※申請者以外が申請に来られる場合は、受任者(提出者)欄もご記入ください。

受任者 (提出者)	住所		氏名	
申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名		生年月日	性別
	(ふりがな)		平成 年 月 日生 平成31年4月1日時点 () 歳	男・女
認定者番号	※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 【2・3号認定】: 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 (幼稚園等と併願の場合を含む)			
	無 【1号認定】 : 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)			
連絡先	自宅			
	携帯()			
	携帯()			

①世帯の状況 ※父母(別居含む)及び同居者全員について記入して下さい。別居の父母の方は備考欄に住所を記入して下さい。

区分	個人番号(マイナンバー)	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	障害者 手帳等 の所持 有無	備考
	氏名						
児童の 世帯員			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(死別、離別・未婚) <input type="checkbox"/> 出産予定有(予定日:平成 年 月 日)
生活保護の適用の有無	1. 適用無し 2. 適用有り(平成 年 月 日 保護開始)
平成30年1月1日時点の住民登録地	1. 白石町内 2. 白石町外 (都・道・府・県 市・町・村)

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	平成 年 月 日 から 平成 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		事業所番号*
	第1希望	(希望理由)	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	

*印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。

(表面)裏面もご記入ください。

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下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 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)]	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 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)]	
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 分から 時 分まで
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間まで)		<input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間まで)

④税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・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 (印)

*町記載欄

受付年月日 平成 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) 平成 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 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型)		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
入所施設		
[<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)]		
保育料滞納状況	有 ・ 無	
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 平成 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 (平成 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

課長	課長補佐	係長	担当者	入所保育所	備考

(裏面)