

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給申請書

平成〇〇年 〇月〇〇

提出日を必ず記入して下さい

保護者氏名 増毛 一郎 印

増毛町長 様

申請(入所希望)する児童の氏名を記入して下さい。()内にふりがなを記入して下さい。

児童が障害者手帳等の交付の有無を〇で囲んで下さい。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかか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	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ましけ かもめ) 増毛 かもめ	平成**年 *月**日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者の住所・連絡先	(住 所) 増毛町弁天町3丁目9番			
	(連絡先) 090-????-**** (母携帯) 53-%%%% (自宅)			
認定者番号	() ※すで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(※)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 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資料を希望する場合(幼稚園との併願を含む) <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所との併願を除く)			

児童と同居している保護者の住所を記入して下さい。連絡先は、連絡が付きやすい順に全てお書き下さい。

※「有」を〇で囲んだ場合は①～④に「無」を〇で囲んだ場合は① ②及び④に必要事項を記入して下さい。

「保育所等」欄は(有)に丸を付けて下さい。幼稚園(併願)は(有)に丸を付けて下さい。幼稚園(併願)は(無)に丸を付けて下さい。

申請する児童以外の同居する世帯員を全てお書き下さい。(欄が不足の場合は任意の用紙に記入して添付して下さい) 氏名の()内にふりがなを記入して下さい。 職業又は学校欄は、職場名、学校名と学年を記入して下さい。 市町村民税の有無の欄は、該当する方を〇で囲んで下さい。また、前年度及び当年度の市町村民税を増毛町以外で申告した方は、所得及び課税額の証明書を出して下さい。 世帯員で、障害者手帳等の交付を受けている場合は、備考欄に記載の上、手帳の写しを添付して下さい。

①世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業	生活保護の適用の有無
児童の世帯員	(ましけ いちろう) 増毛 一郎	父	昭和\$\$年 ¥月##日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	かもめ工業	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(ましけ はなこ) 増毛 花子	母	昭和??年 ¥月&&日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	増毛商店	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(ましけ まりん) 増毛 まりん	姉	平成%%年??月\$\$日生	男・女	増毛小3年	有・無
	()		年 月 日生	男・女		有・無
	()		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 (平成 年 月 日保護開始)				

②利用を希望する機関、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	平成27年 4月 1日 から 平成28年 3月 31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	増毛保育所 (希望理由) 距離が近い	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	

〇 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。

〇 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

*印の欄は町の記入欄ですので記入する必要がありません。

(裏面もあります)

③保育の利用を必要とする理由等（幼稚園希望者は記入の必要はありません）

※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	備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 家族の介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <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） かもめ 9:00～17:00 週5日勤務	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 家族の介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <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"/> ひとり親世帯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月 曜日から 金 曜日まで	8 時から 6 時まで	

同じ世帯の全ての人について記載して下さい。
 必要とする理由欄は□にレ点して下さい。その他の場合は理由をお書き下さい。
 勤務先や就労時間、理由の具体的な内容をお書き下さい。
 記入にあたっては、別紙記入上の注意をお読み下さい。

④税情報等の提供にあたっての署名欄

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町民税の情報（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料金を徴収すること。保護者等に対して提供することに同意します。

保護者氏名 増毛 一郎 印

*町記載欄

受付年月日	平成 年 月 日
認定の可否	認定番号
可・否 (否とする理由)	平成 年 月 日 認定
支給(入所)の可否	認定区分等
可・否 (否とする理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□標準 □短)
支給(利用)期間	
<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(事業者)名	
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (□連 <input type="checkbox"/> 幼 (□幼 □保) <input type="checkbox"/> 保 (□幼 □保) <input type="checkbox"/> 地 (□幼 □保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (□小 □家 □居 □事)	
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	(事業者番号:)
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有 (□契約・□内定(平成 年 月 日)) ・ 無
備考	

(表面もあります)