

《記入例》

様式第1号（第7条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 施設利用申込書

令和〇〇年 1月15日

軽米町長 様

保護者 住所 軽米町大字軽米1-10

氏名 軽米 二郎 (印)

電話番号 0195 - 46 - 4111 (父・母・自宅)

入所児童の個人番号を余白に記入してください

◎施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定(変更)申請及び利用について、関係書類を添えて申請します。また、保護者が施設型給付費・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及び世帯情報を閲覧すること及びその情報に基づき決定した保育料について、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。

1234 5678 9012

保護者氏名 軽米 二郎 (印)

申請に係る小学校就学前子ども	ふりがな	かるまい まちこ	生年月日	性別	障害者手帳等の有無	年齢※1
	氏名	軽米 町子	H25年4月30日	男(女)	有(無)	4歳児
教育・保育の希望	<input type="checkbox"/> 1号認定(教育) 満3歳以上の児童で教育を利用する場合					認定証番号※2 No.
	<input checked="" type="checkbox"/> 2号認定(保育) 満3歳以上の児童で保育を利用する場合					
	<input type="checkbox"/> 3号認定(保育) 満3歳未満の児童で保育を利用する場合					
利用希望施設名	第1希望	晴山保育園 (希望理由) 母の職場が近い				
	第2希望	軽米保育園 (希望理由) 自宅が近い				
	第3希望	小軽米保育園 (希望理由)				
施設の利用を希望する期間		令和〇〇年4月1日から令和△△年3月31日まで				

※1 年齢は利用開始年度の初日(4月1日現在)の年齢で記入してください。

※2 認定者番号は既に支給認定を受けている場合に記入してください。

①世帯の状況

児童の世帯員(同居の家族全員)	ふりがな氏名	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名等	前年度(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
	かるまい じろう 軽米 二郎	父	S55年3月14日	公務員	有・無	2345 6789 0123
	はなこ 花子	母	S56年8月23日	会社員	有・無	3456 7890 1234
	いちろう 一郎	祖父	S26年10月7日	無職	有・無	
	とき トキ	祖母	S30年6月3日	農業	有・無	
	いちい いちい	姉	H21年8月17日	軽米小学校	有・無	
	たろう 太郎	弟	H28年1月19日	軽米保育園	有・無	
	生活保護の受給状況		受けていない・受けている(年 月~)			
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親() <input type="checkbox"/> 在宅障がい者(児)(氏名)				
令和〇〇年1月1日現在の住所地	父	<input checked="" type="checkbox"/> 軽米町 <input type="checkbox"/> 軽米町以外(住所)				
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 軽米町 <input type="checkbox"/> 軽米町以外(住所)				
1月1日以降転入した場合前市町村での施設利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無・有(施設名:)				

父母の個人番号を記入してください

②保育を必要とする事由(保育の利用を希望する方のみ記入してください。)

続柄	保育を必要とする事由	就労・介護等・就学等に該当する方	
(父)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 産前産後(出産予定日 /) <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()	雇用期間の定め	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日まで)
		就労時間	8:30 ~ 17:30 1日(8)時間
		就労日数	1ヶ月(20)日
(母)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 産前産後(出産予定日 /) <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()	雇用期間の定め	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日まで)
		就労時間	9:30 ~ 16:30 1日(6)時間
		就労日数	1ヶ月(20)日
<input type="checkbox"/> 育児休業期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 災害復旧期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい : 具体的に()			
利用希望曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・ <input checked="" type="checkbox"/> 木・ <input checked="" type="checkbox"/> 金・土 (○で囲んでください)		

③同居の祖父母の状況(65歳までの)

続柄	年齢	雇用期間の定め	就 労 時 間	日 数
祖父	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月 日まで)	: ~ : 1日()時間	1ヶ月()日
祖母	62 歳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(R××年 3 月 31 日まで)	8:00 ~ 17:00 1日(8)時間	1ヶ月(20)日

----- 以下施設記入欄 -----

【施設(事業者)を經由して市町村に提出する場合】

提出(受付)年月日	年 月 日	提出者氏名(続柄)	(児童との続柄)
施設(事業者)名		担当者	(TEL)
入所契約(内定の有無)※3	有(年 月 日内定) ・ 無		
備考			

※3 教育施設(幼稚園・認定こども園)のみ記入して下さい。

----- 以下町記入欄 -----

提出(受付)年月日	年 月 日	認定証番号	No.
認定可否	可(<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号) 年 月 日認定・否(定員超過・受入体制不 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短 能・指数低位・その他)		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
施設利用	可(施設名) ・ 否()		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
備考			