

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

年 月 日

軽米町長 様

保護者 住 所

氏 名

印

電話番号

(父・母・自宅)

◎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、軽米町が施設型給付費・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。

保護者氏名

印

申請に係る小学校就学前子ども	ふりがな		生年月日	性別	障害者手帳等の有無	年齢※1
	氏名		年 月 日	男・女	有・無	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 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	(希望理由)				
	第2希望	(希望理由)				
	第3希望	(希望理由)				
施設の利用を希望する期間		年 月 日から 年 月 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
			年 月 日		有 ・ 無	
			年 月 日		有 ・ 無	
			年 月 日		有 ・ 無	
			年 月 日		有 ・ 無	
			年 月 日		有 ・ 無	
			年 月 日		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)				
年1月1日現在の 住所地	父	<input type="checkbox"/> 軽米町 <input type="checkbox"/> 軽米町以外 (住所)				
	母	<input 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		無 ・ 有 (施設名 :)				

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	
()	<input 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日まで)
		就労時間	: ~ : 1日()時間
		就労日数	1ヶ月()日
()	<input 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日まで)
		就労時間	: ~ : 1日()時間
		就労日数	1ヶ月()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	月・火・水・木・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	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月 日まで)	: ~ : 1日()時間	1ヶ月()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			