

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書
兼 幼稚園・保育所・地域型保育 利用申込書

平成 年 月 日

保護者氏名



河津町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定及び保育所等の利用を申請します。

Application form table with columns: 申請児童 (ふりがな氏名, 生年月日, H31.4.1の年齢, 性別, 保護者との続柄, 認定者番号), 保護者住所・連絡先 (河津町, 連絡先①, 連絡先②), 保育の希望の有無 (有: 保護者の就労、疾病等の理由により、保育所等での保育の利用を希望する; 無: 幼稚園の利用を希望する)

①利用を希望する期間、施設名

Application form table for utilization period and facility name. Includes: 利用を希望する期間 (平成31年4月1日 から), 希望する利用曜日・時間 (月・火・水・木・金・土), 施設名・希望理由 (第1希望, 第2希望)

②申請する児童の情報

Application form table for child information. Includes: 障害者手帳の情報 (無・有), アレルギー情報 (無・有), その他特記事項 (無・有)

③世帯の状況 (申請児童を除く、同居者全員を記入してください。)

Application form table for household status. Includes: ひとり親世帯等の該当 (非該当・該当), 生活保護の適用の有無 (無・有), 児童の世帯員 (父, 母, 同居・別居)

<必ず裏面も記入してください。>

**④保育の利用を必要とする理由**(保育の利用を希望する場合のみ記入してください。)

保護者の状況1	続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )							
	保育の利用を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労	勤務先名称			勤務先住所			
			勤務日数	月・週	日勤務	就労時間	月・週	時間	
			基本時間	定時	:	～	:	(通勤時間:片道約 分)	
			就労形態	<input type="checkbox"/> 正社員(常勤) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営( <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農家 <input type="checkbox"/> その他( )					
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日:平成 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 疾病・障害(病名等: )					
	<input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護(対象: )			<input type="checkbox"/> 就学(学校名: )					
	<input type="checkbox"/> 求職活動( <input type="checkbox"/> 活動中 <input type="checkbox"/> 利用開始後に活動予定)			<input type="checkbox"/> その他					
保護者の状況2	続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )							
	保育の利用を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労	勤務先名称			勤務先住所			
			勤務日数	月・週	日勤務	就労時間	月・週	時間	
			基本時間	定時	:	～	:	(通勤時間:片道約 分)	
			就労形態	<input type="checkbox"/> 正社員(常勤) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営( <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農家 <input type="checkbox"/> その他( )					
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日:平成 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 疾病・障害(病名等: )					
	<input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護(対象: )			<input type="checkbox"/> 就学(学校名: )					
	<input type="checkbox"/> 求職活動( <input type="checkbox"/> 活動中 <input type="checkbox"/> 利用開始後に活動予定)			<input type="checkbox"/> その他					
備考	(特記事項など、何かあれば記入してください。)								

※添付書類「保育の利用を必要とする理由」を確認できる書類

**⑤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 ⑨

※町記載欄

受付日	平成 年 月 日
-----	----------

認定の可否	可・否	入所の可否	可・否	認定者番号		認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短 )	
入所施設名	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型( <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 事 )		認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
備考								