

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

令和 年 月 日

保護者氏名 (印)

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教育・保育給付認定及び保育所等の利用を申請します。

Table with 7 columns: 申請児童, ふりがな氏名, 生年月日, R3.4.1時点の年齢, 性別, 保護者との続柄, 認定者番号. Includes fields for contact information and care preferences.

①利用を希望する期間、施設名

Table for care period and facility name. Includes fields for start/end dates, days of the week, time, and facility name/reason.

②申請する児童の情報

Table for child information including disability status, allergies, and other special items.

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。)

Table for household status including caregiver information, family members, and their details.

<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。)

R3

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:令和 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:令和 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 _____ 印

※町記載欄 受付日 令和 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・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
備考							