

支給認定申請書(兼入所申込書)【新規・変更・継続】

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

矢巾町長 様

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係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	保護者 との続柄	障害者手帳・療育手 帳の有無
	(フリガナ)	年 月 日生	男・女		有・無
保護者 住所・連絡先	(フリガナ)	年 月 日生	電話番号 (自宅・その他)		
	(住所) 矢巾町		父携帯		
			母携帯		
	令和5年1月1日時点の住所	矢巾町内・矢巾町外( )			
認定者番号	※既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(※1)	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利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)			
	無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			

(※1) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。  
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を囲んだ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
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状態(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状態(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入	

②世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯 )					
生活保護の適用の有無	非該当・該当 ( 年 月 日保護開始 )					
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業 又は 学校名等	備考
児童の 世帯員	(フリガナ)	年 月 日生	男・女			
	(フリガナ)	年 月 日生	男・女			
	(フリガナ)	年 月 日生	男・女			
	(フリガナ)	年 月 日生	男・女			
	(フリガナ)	年 月 日生	男・女			
	(フリガナ)	年 月 日生	男・女			

③祖父母の情報

	氏名	年齢	住所	職業	健康状態
父方	祖父			有・無	良・加療中
	祖母			有・無	良・加療中
母方	祖父			有・無	良・加療中
	祖母			有・無	良・加療中

④申請児童の情報

障害者手帳等の情報	無・有	身体障害者手帳・療育手帳・その他( )		
アレルギー情報	無・有	□卵 □牛乳 □大豆 □小麦 その他( )		
過去の定期的な通院 又は入院の有無	無・有	□通院	歳	ヶ月頃【病名】
		□入院	歳	ヶ月頃【病名】
現在行っている治療について	無・有	【病名】		
		【症状】		
服用中の薬について	無・有	1日	回	□朝 □昼 □晩
出産の状況	□正常分娩 □早産(妊娠 週) □その他( )【出生時体重 g】			
現在の保育状況	・家庭保育 (父・母・祖父・祖母・その他( )) ・施設を利用 (施設名: ) ・その他( )			
その他	※その他、健康や発育について心配なことがあれば記入ください。			

⑤利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (※2)	利用曜日		利用時間	
	□月・□火・□水・□木・□金・□土 □不定期( )		時 分 から 時 分 まで	
利用を希望する 施設(事業者)名 (※3)	施設(事業者)名・希望理由			
	第1希望		希望理由	事業所番号(※4)
	第2希望		希望理由	事業所番号(※4)
	第3希望		希望理由	事業所番号(※4)

(※2) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(※3) 幼稚園等を経由して町に提出する場合は記入不要です。

(※4) 町記載欄のため、申請時は記入不要です。

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄

・町が、教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯を含む。)及び世帯情報を閲覧し、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。 ・町が、申込書の記入内容及び添付書類について、必要に応じて特定教育・保育施設等に対して情報を提供すること。 ・虚偽の申請又は必要書類を提出しない場合は、認定を取り消す場合があること。	
保護者氏名	

※施設記載欄(幼稚園等を経由して町に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	(施設・事業所番号: )
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 ( 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

※町記載欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定の可否 (否とする理由)		認定者番号	認定区分等
可・否	令和 年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給(入所)の可否 (否とする理由)		支給(利用)期間	
可・否		自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名			
備考			