

2・3号認定用

支給認定(現況)申請書兼保育施設利用申込書

[認定こども園/保育所/家庭的保育]

受付印

五霞町長 宛

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

| | | | | | |
|------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 入園希望 児童 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 備考 |
| | (ふりがな) ごか りん 五霞 りん | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | R4年 5月10日 | 0 4.1時点 | |
| 個人番号 (マイナンバー) | 0000 1111 2222 | 認定番号 | 123456 | ※既に支給認定を受けている場合 | |
| 保護者住所 | 〒 306-0392 五霞町 小福田1162-1 | | | | |
| 連絡先 | [自宅] 0280 - 84 - 1111 | [父携帯] | 090 - 0000 - 0000 | [母携帯] | 080 - 0000 - 0000 |

① 世帯の状況 ※入園希望児童以外を記入してください。

| 児童の 同一住所者 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 職業又は 学校名等 | 個人番号 (マイナンバー) | 世帯 |
|--------------|---|----|-----------|--|--|-----------------------|--|
| | 五霞 太郎 | 父 | 〇〇年 〇月 〇日 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 会社員 | 1111 2222 3333 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 |
| | 五霞 花子 | 母 | 〇〇年 〇月 〇日 | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | パート | 2222 3333 4444 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 |
| | 五霞 小太郎 | 兄 | 〇〇年 〇月 〇日 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 〇〇 小学校 | 3333 4444 5555 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 |
| | 五霞 桃子 | 姉 | 〇〇年 〇月 〇日 | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 保育園 | 4444 5555 6666 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 |
| | 五霞 松太郎 | 祖父 | 〇〇年 〇月 〇日 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 自営業 | 5555 6666 7777 | 同 <input checked="" type="radio"/> 別 |
| | 五霞 梅子 | 祖母 | 〇〇年 〇月 〇日 | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | パート | 6666 7777 8888 | 同 <input checked="" type="radio"/> 別 |
| | | | | 年 月 日 | 男・女 | | |
| ひとり親世帯等 | <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (年 月 日 離婚・死別) | | | | | | |
| 生活保護の適用 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 保護開始) | | | | | | |
| 在宅障害者世帯 | <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(該当者氏名:) <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ※手帳又は証書の写しが必要となります。 | | | | | | |

② 署名(税情報等の提供)

町が施設型給付費等の支給認定に必要な市町村民税等の情報(同一世帯者を含む)及び住民基本台帳の情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担(保育料)を特定教育・保育施設等に対して提示することについて同意します。

年 月 日

提出日を記入
してください

保護者氏名

五霞 太郎

③ 利用を希望する期間及び施設名

| | | | |
|-----------|---|--------------------|------|
| 利用希望期間 | 令和 4年 4月 1日から <input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他 (年 月 日) まで | | |
| 利用希望曜日・時間 | 月曜日から 金曜日まで | 8時 00分から 16時 00分まで | |
| 利用希望施設名 | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 保育園 | 認定こども園△△ | |

④ 保育の利用を必要とする理由等

| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | | | | 備考 |
|---------------|--|--|--|--|--|----|
| | 父 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他 () | | | | |
| 母 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他 () | | | | | |

⑤ 児童の状況

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------|---|
| アレルギー情報 | <input type="checkbox"/> 有 () | | |
| その他特記事項 | <input type="checkbox"/> 有 () | | |
| 連絡事項 | (園に連絡しておきたいこと等がございましたら、ご記入ください。) | | |
| きょうだいの状況 (5歳以下のきょうだいがある場合記入して下さい。) | 氏名: 五霞 桃子 [兄(姉)弟・妹] | 年齢: 5歳 | 園名: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 保育園 |
| | 氏名: [兄・姉・弟・妹] | 年齢: 歳 | 園名: |
| | 氏名: [兄・姉・弟・妹] | 年齢: 歳 | 園名: |

* 施設記載欄 (幼稚園等を経由して市町村に提出する場合)

※この欄は記入しないでください

| | | |
|---------|-----------------------------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 | 施設受付印 |
| 施設名 | (事業所番号:) | |
| 入所契約の有無 | 有(契約・内定〔 年 月 日契約(内定) 〕) ・ 無 | |
| 担当者/連絡先 | (担当者) (連絡先) | |
| 備考 | | |

* 市町村記載欄

※この欄は記入しないでください

| | | | | | | | | |
|--------|---|--|----------|-----------|---------------|-------|-----------------------------|------|
| 受付年月日 | 年 月 日 | | 認定 | 可否 | 可 (年 月 日 認定) | 認定区分等 | <input type="checkbox"/> 1号 | |
| 番号 | 否 (理由:) | <input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 ・ <input type="checkbox"/> 短時間) | | | | | | |
| 支給(入所) | 可否 | 可 (年 月 日 認定) | 支給(利用)期間 | 自: 年 月 日 | | | | |
| | | 否 (理由:) | | 至: 年 月 日 | | | | |
| 入所施設 | <input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連/ <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼・ <input type="checkbox"/> 保)/ <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 幼)/ <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼・ <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小/ <input type="checkbox"/> 家/ <input type="checkbox"/> 居/ <input type="checkbox"/> 事) 施設名: | | | | | 備考 | | |
| | 調整指数 | 指数計 | 優先 | 入 力 保 育 料 | 認定入力 | | 入園入力 | ひとり親 |