

# 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

令和 年 月 日

長沼町長 様

保護者氏名

印

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	障害者手帳 の 有 無	認定者番号
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	有・無	
保 護 者 住所・連絡先	(住所)				
	(連絡先) ① ②				
保育の希望 の 有 無	有 ・ 無				
施設等の 利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
利用を希望 する施設名	第1希望 :				
	第2希望 :				
	第3希望 :				

## 1 世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	性別	生 年 月 日	職業又は 学校名等	前年(当年) 度分市町村民 税課税の有無	備考
世帯等の 構成	(ふりがな)		男・女	年 月 日生		有・無	
	(ふりがな)		男・女	年 月 日生		有・無	
	(ふりがな)		男・女	年 月 日生		有・無	
	(ふりがな)		男・女	年 月 日生		有・無	
	(ふりがな)		男・女	年 月 日生		有・無	
	(ふりがな)		男・女	年 月 日生		有・無	
	(ふりがな)		男・女	年 月 日生		有・無	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り ( 年 月 日保護開始)					
家 庭 の 状 況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外					

### ※ 市町村記入欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 令和 年 月 日認定 (否とする理由: )		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 (否とする理由: )		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名		
<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)		

## 2 保護者の方の状況

保護者の氏名・続柄	( )	( )	
保育が必要な事由	<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"/> 求職等 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<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"/> 求職等 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
「保育が必要な事由」に該当する箇所の具体的な状況を記入してください。			
就労の状況	形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定
	場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外
	時間 (通勤含む)	月 時 分から 時 分まで 火 時 分から 時 分まで 水 時 分から 時 分まで 木 時 分から 時 分まで 金 時 分から 時 分まで 土 時 分から 時 分まで 日 時 分から 時 分まで 1ヶ月あたり 時間	月 時 分から 時 分まで 火 時 分から 時 分まで 水 時 分から 時 分まで 木 時 分から 時 分まで 金 時 分から 時 分まで 土 時 分から 時 分まで 日 時 分から 時 分まで 1ヶ月あたり 時間
	休業中の場合	事由 ( ) 期間 年 月から 年 月まで	事由 ( ) 期間 年 月から 年 月まで
	妊娠・出産の状況	出産予定日 年 月 日 出産後の予定 ( )	出産予定日 年 月 日 出産後の予定 ( )
疾病・障がいの状況	疾病	病名 ( ) 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)	病名 ( ) 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)
	障がい	<input type="checkbox"/> 身障 ( 級) <input type="checkbox"/> 精神保健 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育 (A・B)	<input type="checkbox"/> 身障 ( 級) <input type="checkbox"/> 精神保健 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育 (A・B)
介護等の状況	氏名 続柄 場所 (入院・在宅) 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回 (1回平均 時間)	氏名 続柄 場所 (入院・在宅) 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回 (1回平均 時間)	
求職等の状況	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 (具体的な活動内容: )	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 (具体的な活動内容: )	
就学等の状況	学校等名 所在地	学校等名 所在地	
その他の状況			

## 3 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税等の情報(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 \_\_\_\_\_

※ 施設記載欄(施設(事業者))を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設(事業者)名	
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(令和 年 月 日契約(内定)))・無
備考	

