

大郷町長 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る給付認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	ふりがな 児童氏名	性別	男・女	年齢	(利用希望年の4.1現在 満年齢)
	生年月日	年 月 日	個人番号		歳
保護者情報	氏名	氏名			
	生年月日	生年月日			
	続柄	続柄			
	連絡先	連絡先			
	個人番号	個人番号			
	勤務先	勤務先			
	課税の有無 <small>※前年度(当年度)町民税</small>	有・無	課税の有無 <small>※前年度(当年度)町民税</small>	有・無	
住所 <small>※上記と異なる場合記入</small>	住所 <small>※上記と異なる場合記入</small>				
認定者番号	※既に給付認定を受けている場合に記入して下さい。				
保育希望の有無(※)	有 保護者の労働又は疾病理由により、こども園等において保育の利用を希望する場合(教育時間と併願の場合含む)				
	無 教育時間の利用を希望する場合(こども園等と併願の場合除く)				

- (※) ・「こども園等」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。
 ・「教育時間」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・「有」を○で囲んだ場合は、①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況(申請に係る児童及び保護者を除く同居する家族全員)

区分	ふりがな 氏名	個人番号	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先 又は 学校名	前年度分 (当年度分) 町民税 課税の有無	備考
児童世帯員					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
					男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無 ・ 適用有 (年 月 日保護開始)						
在宅障害者等の有無		無 ・ 有 (交付を受けている手帳又は受給している手当)						

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する施設名 (事業者)名	施設(事業所)名・希望理由		事業所番号*
	第1希望	(理由)	
	第2希望	(理由)	
	第3希望	(理由)	

- *印の欄は市町村の記載欄ですので、記入する必要はありません。
○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病などの理由によりこども園等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・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 () (具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など))
	続柄	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・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 () (具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など))
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	利用曜日(希望する曜日に○)	月 火 水 木 金 土
	利用時間	時 分から 時 分まで

④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・保育施設などに対して提示することに同意します。

保護者氏名

*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	年 月 日
施設(事業者)名	(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	

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<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 (否とする理由) (<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)		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業所)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)]		
備考		