

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書(保育所入所申込書)・現況届

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

申請児童との続柄 ()

電 話 ()

昼間連絡のとれる電話 ()

上松町長 殿
(管理者 殿)

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並びに保育所への入所について申請します。

認定・決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に同意します。(個人番号を記載する場合は、個人番号制度による情報連携を含む。)

次年度に向けての申請の場合、次年度4月に向けての認定事務が集中するために審査に時間を要することから、審査結果は4月までに通知することに同意します。

申請児童

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
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	有・無
認定者番号				
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(幼稚園等との併願の場合を含む) 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 「有」の場合は①～④に、「無」の場合は①、②、④に必要な事項を記入してください。

① 世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職業、学校名等	当年分市町村民税課税の有無
児童の世帯員	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無
生活保護の適用の有無(該当するものに○)			適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)			

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄には記入する必要がありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

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

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
	父	<input 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のおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他() [具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等・通勤時間や疾病の状況など)]	
	母	<input 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のおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他() [具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等・通勤時間や疾病の状況など)]	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親 ・ <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給 ・ <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用日・時間	利用日		利用時間
	曜日から	曜日まで	保育短時間(8時間) ・ 保育標準時間(11時間)

④ 地方税関係情報取得についての同意

下記の者は、上松町教育委員会が上松町子どものための教育・保育給付の支給認定及び利用者負担に関する条例並びに条例施行規則第14条、15条に基づく事務手続きを処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。(※父、母それぞれに自署してください。)

父氏名	母氏名
-----	-----

*町記載欄

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)		
備考		

*施設記載欄 [施設(事業者)を経由して町に提出する場合]

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	