

# 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼保育所入所申込書(新規)

令和 年 月 日

大山町長様

次のとおり、施設給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。  
また、保育施設への入所を次のとおり申し込みます。

保護者	住所	大山町	
	氏名	印	
	電話番号	自宅	—
		父携帯	—
		母携帯	—
		その他	—

申請児童	フリガナ氏名	生年月日	年齢 R2.4.1現在	性別	第何子	認定証番号
		平成・令和 年 月 日生	歳	男・女	第 子	(既に認定を受けている場合)
保育の希望の有無	有	【第2号・第3号認定】保護者の就労や疾病などの理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合				
	無	【第1号認定】幼稚園等の利用を希望する場合				

## ①利用を希望する施設(事業者)名・希望理由

利用希望施設	第1希望 保育所(園)	理由	<input type="checkbox"/> 自宅に近い	<input type="checkbox"/> 職場に近い
			<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	第2希望 保育所(園)	理由	<input type="checkbox"/> 自宅に近い	<input type="checkbox"/> 職場に近い
			<input type="checkbox"/> その他 ( )	
利用希望期間	年 月 日から		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで
希望する利用時間	<input type="checkbox"/> 教育標準時間認定を希望する <input type="checkbox"/> 保育標準時間認定(最長11時間利用)を希望する <input type="checkbox"/> 保育短時間認定(最長8時間利用)を希望する			

## ②世帯の状況

児童の世帯員(申請児童除く)	フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	性別	勤務先・職業・学校名等
		父	令平昭 . .		男・女	
		母	令平昭 . .		男・女	
			令平昭 . .		男・女	
			令平昭 . .		男・女	
			令平昭 . .		男・女	
			令平昭 . .		男・女	
			令平昭 . .		男・女	
			令平昭 . .		男・女	
			令平昭 . .		男・女	
生活保護適用の有無		無・有 ( 年 月 日開始)				
世帯の状況		右記以外の世帯 ・ ひとり親家庭 ・ 障がい児(者)のいる世帯				
平成31年1月1日現在の父母の住所		大山町内 ・ 大山町外		令和2年1月1日現在の父母の住所		大山町内 ・ 大山町外

裏面あり

③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			
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 育児休業
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 育児休業

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 ・ 精神障害者保健福祉手帳 )
疾病・アレルギー情報	無 ・ 有 ( )
その他特記事項	無 ・ 有 ( )

⑤申請に係る児童を父母以外が扶養している場合は記入してください。(税金の扶養・国保以外保険証の扶養)

扶養者	住 所	扶養の種類	<input type="checkbox"/> 税金	<input type="checkbox"/> 保険証
	氏 名	生 年 月 日	年	月 日 生

⑥税情報等の提供に当たって保護者が自署してください。

大山町が施設給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な税関係情報の記録及び住民記録を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び支給認定申請書に記載された事項について、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

ここから下は記入しないでください

大山町記入欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否	可 ・ 否 (否とする理由)		
認定年月日	年 月 日	認定証番号	
認定区分	1号 ・ 2号 ・ 3号 ( 標準 ・ 短時間 )		
支給(入所)の可否	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		
支給(利用)期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
利用施設名	<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			

施設記入欄

受付年月日	年 月 日
施設名	(事業所番号: )
担当者・連絡先	
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定( 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	