

施設型給付費・地域型保育給付費等
支給認定申請書兼入園申込書

(あて先) 酒々井町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。
また、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(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、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。

年 月 日

保護者(申請者)氏名 (印)

児童	ふりがな		性別	生年月日	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号			
	障害者手帳、療育手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

保護者	ふりがな		児童との続柄	生年月日	年	月	日
	氏名			個人番号			
	現住所	〒					
	当該年度1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 同上		連絡先	自宅携帯		

認定者番号 ※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。

保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等 ^{※1} において保育の利用を希望(幼稚園等 ^{※2})と併願の場合を含む) → 以降の項目①～③すべて記入してください。
	<input type="checkbox"/> 無	幼稚園等 ^{※2} の利用を希望(保育所等 ^{※1})と併願の場合を除く) → 以降の項目①、②について記入してください(③は記入不要)。
認定証交付希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	

※1 「保育所等」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。
※2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

① 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	申請時の年齢	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	個人番号
申請者及び児童以外の同居人	(ふりがな)			男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り(保護開始年月日 年 月 日)						
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外						

◎父または母が児童と同居していない場合、その状況について以下に記入してください。

同居していない者の氏名等 ※死別の場合本欄は記入不要	氏名	(続柄: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) 住所
同居していない理由	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他()	左記理由となった年月日 年 月 日

※裏面も漏れなく記入してください。

(裏)

② 利用を希望する施設（事業者）名、利用を希望する期間

利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名	希望理由	(事業所番号) ※町処理欄、記入不要
	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		
利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日まで		

③ 保育の利用を必要とする理由等

※保育所等^{*1)}において保育の利用を希望する場合のみ以下の項目に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	児童との続柄	必要とする理由	具体的な状況等 (勤務先、就労時間・日数や疾病等の状況等)
		<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()	

保育の利用を必要とする時間等	必要とする曜日	1日のうちで必要とする時間	備考 ^{*3)}
	<input type="checkbox"/> 平日（月～金曜日）	(: ~ : まで)	
	<input type="checkbox"/> 土曜日	(: ~ : まで)	

※3) 備考欄には、上記の必要とする曜日・時間等において補足すべき事項がある場合に記入してください。

----- 記載いただく事項は以上で終了です。 -----

※以下 町記載欄

受付年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 可 (年 月 日認定) <input type="checkbox"/> 否 (理由)	認定者番号 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
<input type="checkbox"/> 可 [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例地域型] <input type="checkbox"/> 否 (理由)	支給 (入所) 期間 自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設 (事業者) 名	
※類型 <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"/> 事 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居) <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)	
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	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定 (年 月 日契約 (内定))) <input type="checkbox"/> 無
備 考	