

(様式第1号)

支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名

三宅町長 殿

子ども・子育て支援法第20条に基づき、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。

申請に係る子ども	フリガナ		生年月日	性別
	氏名		年 月 日生	男・女
保護者住所連絡先	〒 磯城郡三宅町大字			
	1	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)		
	2	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)		
	3	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)		
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
利用を希望する期間	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 満3歳に達する年度末まで <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで		
保育の希望	<input type="checkbox"/> 有 : 保護者の就労等により保育所等において保育の利用を希望(幼稚園等と併願を含む)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望(保育所等と併願を除く)			
	<input type="checkbox"/> 無 : 支給認定のみを希望			

利用を希望する施設名	第1希望		希望理由	
	第2希望		希望理由	
	第3希望		希望理由	
	第4希望		希望理由	

区分	フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 町民税 課税の有無	備考
世帯の状況			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日保護開始)		<input type="checkbox"/> 申請中			

【保育の利用を必要とする理由】

(裏面)

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()	
ひとり親の場合 はその理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居(調停： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 未婚	
保育希望内容	利用曜日	利用希望時間
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	時から 時まで
兄弟姉妹の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(利用者名 利用施設名)	

【児童の状況】

健康状況	健康診査指導事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容：)
	保健師への相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容：)
	大きな病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名：)現在の状況(<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中)
	心身の発達について相談していることがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(相談先：)
障害者手帳等の取得 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類： 等級：)	
障害児保育の希望	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する
その他	

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(同一世帯者を含む)及び世帯情報を開 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 (署名)
--	------------

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 (否とする理由)	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日認定	
支給(入所)の可否	支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)	自 年 月 日 至 年 月 日
(<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)	
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	