（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 | □小学校就学前まで□満3歳に達する年度末まで□平成　　年　　月　　日まで |
| 保育の希望 | 　□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) |
| 　☑無　：　幼稚園等の利用を希望(保育所等と併願を除く) |
| 　□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 | 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 |
| 氏名 |
| 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 | 　 |
| 　 |
| 生活保護の適用の有無 | 　　□　無　　　□有(　　年　　月　　日保護開始)　　□申請中 |

【保育の利用を必要とする理由】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(裏面)

|  |  |
| --- | --- |
| 父 | 　□就労　□疾病　　□障害　□介護等　□求職活動　　□就学　□その他(　　　　　　　　　　　　) |
| 母 | 　□就労　□妊娠・出産　□疾病　　□障害　□介護等　□求職活動　□就学　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ひとり親の場合はその理由 | 　□離婚　　□死別　　□別居(調停：　無・有　)　□未婚 |
| 保育希望内容 | 利用曜日 | 利用希望時間 |
| □月　□火　□水　□木　□金　□土 | 時から　　　時まで　　　 |
| 兄弟姉妹の利用 | 　□無　□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　　□無　　□有(内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　保健師への相談　　　□無　　□有(内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　大きな病気をしたことがありますか。　　□無　　□有(病名：　　　　　　　　　　　　)現在の状況(□完治　□経過観察　□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。　　□無　　□有(相談先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　障害者手帳等の取得　　□無　　□有(種類：　　　　　　　　　　　等級：　　　　) |
| 障害児保育の希望 | 　□希望しない　　　□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 | 認定区分等 |
| 　可・否　　(否とする理由)　年　　月　　日認定 | 　 | □1号　□2号　□3号　　　　(□標　□短) |
| 支給(入所)の可否 | 支給(利用)期間 |
| 　可・否　　(否とする理由)　　□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型 | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
| 入所施設(事業者)名 |
| 　□認定こども園(□連　□幼(□幼□保)　　□保(□保　□幼)　　□地(□幼□保))　□幼稚園　　□保育所　　□地域型(□小　□家　□居　□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 | 　 |