（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 |  | |