

(様式第1号)

支給認定申請書

提出日を記載します

父母のうち児童手当受給者を記載します

〇〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名 〇〇 〇〇

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	〇〇 〇〇	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日生	性別	男・女
	氏名	〇〇 〇〇				
保護者住所連絡先	〒〇〇〇-〇〇〇〇 磯城郡三宅町大字〇〇〇〇〇〇		緊急連絡をする場合がありますので、連絡する順につながりやすい電話番号を記入してください。			
	1	〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)			
	2	〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)			
	3	〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇	(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	〇〇年〇〇月〇〇日から	<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		希望の口にチェックを入れてください		
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	〇〇〇〇園	希望理由	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	第2希望	〇〇〇〇園	希望理由	〇〇〇
	第3希望	〇〇〇〇園	希望理由	〇〇〇
	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	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	父	〇〇年〇〇月〇〇日生	男・女	〇〇〇〇	有・無	
	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	母	〇〇年〇〇月〇〇日生	男・女	〇〇〇〇	有・無	
	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	兄	〇〇年〇〇月〇〇日生	男・女	〇〇〇〇	有・無	
	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	姉	〇〇年〇〇月〇〇日生	男・女	〇〇〇〇	有・無	

世帯員の氏名、児童との続柄、生年月日、性別、職業等を該当欄に記入してください。
 ※ 本人を含む同一世帯の親族等を記載してください。
 ※ 住民票の世帯員以外にも同所堂番地にお住まいの親族等がいれば、世帯分離をしている場合でもご記入ください。

生活保護の適用の有無 無 有(年 月 日保護開始) 申請中

該当の口にチェックを入れてください

教育認定（幼稚園）を利用される場合は、記入不要です。

※ 預かり保育を利用される場合には、別途書類の提出が必要です。

【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	お子様の健康状況に関して該当する□にチェックを入れてください、 必要事項を記入してください。
	保健師への相談 <input type="checkbox"/> 無	
	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

健康状態に関する連絡事項
を記入してください。

記入漏れにご注意ください。

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の又和認定に必要な市町村民税の情報(向 目を含む)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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	
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		
(<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)	至 年 月 日		
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		