

施設型給付費 支給認定申請書 兼 認定こども園・保育所 入園申込書

串本町長 宛

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定等を申請します。

申請児童	氏 名		生年月日 ※年齢はR6.4.1現在		性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※記入の必要はありません	
	(ふりがな)		平成 令和	年 月 日生 (歳 月)	男・女			
個人番号：								
保護者	氏 名	父	(ふりがな)		母	(ふりがな)		
		個人番号：		個人番号：				
	住 所							
	連絡先		自宅電話：	父携帯：	母携帯：			
希望する形態		<input type="checkbox"/> : 1号認定 教育標準時間認定 <input type="checkbox"/> : 2号認定 満3歳以上・保育認定 <input type="checkbox"/> : 3号認定 満3歳未満・保育認定						

1. 利用を希望する施設名、期間等

利用を希望する 施設名	施設名・希望理由	
	第1希望	希望する理由：
	第2希望	希望する理由：
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日・小学校就学前まで	
希望する 利用曜日・時間	利用曜日(*)	
	曜日 から 曜日 まで	利用時間 時 分 から 時 分 まで

(*) 『希望する利用曜日』欄は、各施設の開設状況により記入願います。

2. 世帯の状況

ひとり親世帯等の場合	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 行方不明						
	<input type="checkbox"/> 離婚前提別居中（離婚協議中・裁判中・どちらでもない）						
在宅障がい児（者）のいる世帯	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）						
生活保護の適用の有無	無・有（平成・令和 年 月 日保護開始）						
区分	氏 名	生年月日	年齢 R6.4.1 現在	性別	児童と の続柄	勤務先名又は 学校名等	勤務先の連絡先
保護者 欄の方		S H R . .		男・女			
		S H R . .		男・女			
世帯員	個人番号：	S H R . .		男・女			
	個人番号：	S H R . .		男・女			
	個人番号：	S H R . .		男・女			
	個人番号：	S H R . .		男・女			
令和5年 1月1日 の住所	1. 現在と同じ 2. 前住所 (住所変更日 令和 年 月 日)						

3. 申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）
アレルギー情報	無・有（ ）
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他（ ） 主な症状（ ）
健診での指導事項	無・有（ ）
通院・入院の有無	【通院】無・有（内容 ） 【入院】無・有（内容 ）
子育て関係機関への相談	無・有（子育て支援室 ・ 保健センター ・ 児童相談所 ・ その他） 相談内容（ ）
現在の保育状況	母（産休育休・求職中・その他） 祖父母（父方・母方） 施設（施設名 ）

4. 保育の利用を必要とする理由等 （2号、3号認定を希望する場合のみ）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）やその他の内容を記入 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）やその他の内容を記入 妊娠・出産が理由の方は、出産予定日を記入してください。		

5. 祖父母の情報 （2号、3号認定を希望する場合のみ）

		同居・別居の別	氏名	年齢	住所	就労状況
父方	祖父	同居・別居・他				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	祖母	同居・別居・他				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
母方	祖父	同居・別居・他				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	祖母	同居・別居・他				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6. 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設給付費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

・同一世帯から2人以上の児童が申請を行う場合は、児童1人につき1枚ずつ記入してください。

----- 【記入はここまで】 -----

*市町村記入欄

受付年月日	令和 年 月 日	認定担当者		入力担当者	
-------	----------	-------	--	-------	--

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否（否とする理由） 令和 年 月 日認定		<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 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
入所施設名		
<input type="checkbox"/> くしもとこども園 <input type="checkbox"/> 上野山こども園 <input type="checkbox"/> 潮岬こども園		

(裏面)