

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 R6年度用

串本町長 宛

令和 5 年 11 月 15 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) くしもと たろう 串本 太郎 個人番号: 123456789012	平成 5年1月1日生 (令和) (1歳3カ月)	男・女	子	
保護者	氏名	父	母		
	(ふりがな) くしもと まぐとる 串本 鮪土耳其 個人番号: 234567890123	(ふりがな) くしもと みさきこ 串本 岬子 個人番号: 345678901234			
	住所	串本町サコ台690番地5			
連絡先	自宅電話: 62-0555 父携帯: 090-1234-5678 母携帯: 090-5678-1234				
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 checked="" 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 ○○こども園	希望する理由: 保育内容が良い
	第2希望 □□こども園	希望する理由: 自宅に近い
利用を希望する期間	令和 6年 5月 1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(*)	利用時間
	月曜日 から 金曜日 まで	8時 30分 から 17時 00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	串本 鮪土耳其	59・5・3	39	男・女	父	古座病院	0735-00-0000
	串本 岬子	61・4・1	38	男・女	母	コンビニ	0735-00-0000
世帯員	串本 花子 個人番号: 456789012345	2・2・9	4	男・女	姉	○○こども園	
	串本 太郎 個人番号: 567890123456	5・1・1	1	男・女	本人		
	個人番号:	・		男・女			
	個人番号:	・		男・女			
令和5年 1月1日 の住所	1. 現在と同じ 2. 前住所 ○○県○○市○○町○○番地 (住所変更日 平成(令和4年 10月 1日)						

3. 申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 有 (えびアレルギー)
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	<input checked="" type="radio"/> 無・有 ()
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有 (内容) 【入院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有 (内容)
子育て関係機関への相談	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" 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 checked="" 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	<input checked="" type="radio"/> 同居・別居・他	串本 一郎	65	串本町サコ* 台690番地5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	祖母	<input checked="" type="radio"/> 同居・別居・他	串本 和歌子	60	串本町サコ* 台690番地5	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
母方	祖父	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居・他	古座 岩男	70	串本町西向359番地	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	祖母	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居・他	古座 海子	68	串本町西向359番地	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 **串本 鮎土耳**

* 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)