

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書（兼入園申込書）

年 月 日

若桜町長 様

保護者 住所 若桜町大字

氏名

印

連絡先（自宅）

（緊急時）

次のとおり、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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日 (4/1現在)	性別	保護者 との続柄	認定者番号(※1)
	(ふりがな)	年 月 日生 (歳)	男・女		
<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降(第 子)					
健康状態	良・否	病名()			
心身障がい	無・有	障がい名・等級等()			
アレルギー情報	無・有	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> その他()			
その他特記事項	無・有				

※1 既に支給認定を受けている場合に記入してください。

①世帯の状況

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	勤務先(職業) 又は 学校名等	備考
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
ひとり親世帯等の有無	非該当・該当(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無	非該当・該当(平成 年 月 日保護開始)					

②利用を希望する期間、施設等

利用を希望する期間	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで 平成 年 月 日～平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他 平成 年 月 日～平成 年 月 日	
利用を希望する施設(事業者)名	施設名・希望理由	
	第1希望	<input type="checkbox"/> わかさ子ども園→ <input type="checkbox"/> 幼稚部Ⅰ <input type="checkbox"/> 幼稚部Ⅱ(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) 保育部(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) <input type="checkbox"/> その他()
	希望理由	
	第2希望	<input type="checkbox"/> わかさ子ども園→ <input type="checkbox"/> 幼稚部Ⅰ <input type="checkbox"/> 幼稚部Ⅱ(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) 保育部(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) <input type="checkbox"/> その他()
希望理由		

③保育の利用を必要とする理由等

保育の希望の有無	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、わかさこども園（保育部分）等での保育の利用を希望する場合	
	無	3歳以上の子どもでわかさこども園（教育部分）等の利用を希望する場合（保育を必要としない場合）	
保育の利用を必要とする理由（※2）	続柄	必要とする理由	
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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（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	
		《就労の場合》 雇用形態： 就労時間： 時 分から 時 分まで 通勤時間：往復 時間 1週間の平均就労日数： 日 1か月の総就労時間： 時間	《就労以外の場合》
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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（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	
《就労の場合》 雇用形態： 就労時間： 時 分から 時 分まで 通勤時間：往復 時間 1週間の平均就労日数： 日 1か月の総就労時間： 時間		《就労以外の場合》	
希望する利用曜日・時間（※2）	利用曜日	利用時間	
	月・火・水・木・金・土	時 分 から 時 分 まで	

※2 保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

若桜町が施設型給付費・地域型保育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 印

*市町村記載欄

受付年月日	平成 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) 平成 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 (□標 □短) <input type="checkbox"/> 3号 (□標 □短)
支給(入園等)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) [<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]		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
入園等施設(事業者)名		
備考		