

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 保育所等入所申請書

上里町長 様

施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定の申請、及び保育所等への入所を希望し、下記内容に同意します。

届出に係る同意内容

1 税情報等の提供について

町が、同一世帯員について、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な情報（市町村民税の情報、世帯情報、障がいに関する情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報等）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。

2 保育を必要とする理由の申告について（保育の希望が有の場合のみ）

保育所の利用を必要とする理由等に変更が生じた場合には、必要書類を添えて速やかに申告します。なお、申告を怠り、または虚偽の申告を行った場合に、認定を取り消されたとしても異議ありません。

年 月 日

保護者氏名

㊤

児 童	(ふりがな)				マイナンバー			
	氏 名	(第 子)						
	生年月日	年齢(R4.4.1時点)	性 別	保護者との続柄	支給認定区分			
	年 月 日	歳	男・女		<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 保育			
保 護 者	住 所	〒369-03 上里町大字			支給認定証の交付の希望			
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	R3.1.1現在の住所 (9月以降の入所希望はR4.1.1)				保育所・幼稚園等の利用を希望する期間			
	(ふりがな)				年 月 1日から (入所日は原則毎月1日付)			
	氏 名							
	生年月日	連絡先（メインの連絡先に✓）						
	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 父携帯	-	-	<input type="checkbox"/> 自宅	-	-	
		<input type="checkbox"/> 母携帯	-	-	<input type="checkbox"/> その他()	-	-	
利用を希望する施設の名称	第1希望	希望理由						
	第2希望	希望理由						
	第3希望	希望理由						

① 保育の利用を必要とする理由等（教育認定希望者は記入不要）

保育の利用を必要とする理由 (入所希望月時点)	続柄	必要とする理由						
		<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 上記の具体的な状況やその他の内容を記入 ()						
	続柄	必要とする理由						
		<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 上記の具体的な状況やその他の内容を記入 ()						
希 望 す る 曜 日 ・ 時 間	利用曜日			利用時間				
	曜日から 曜日まで			時 分から 時 分まで 希望する保育必要量 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間				
申 請 に 係 る 子 ども の 現 況	<input type="checkbox"/> 家庭で保育している (保育者氏名: 子どもとの続柄:)			<input type="checkbox"/> 施設等を利用している (利用施設等名:)				
そ の 他 特 記 事 項								

事務処理欄 (申請者は記入不要)	受付者	事務処理状況チェック欄						
		一覧への入力	支給認定処理	入所決定処理	保育料算定	通知の発送		

② 世帯の状況(父母及び同居所に住んでいる全員を記入)

児童の世帯員(申請児童以外)	(ふりがな) 氏名	生年月日	年齢 (R4.4.1 時点)	性別	児童との続柄	同居別居	職業又は学校名等	障害者手帳	多子軽減課税状況 ※市町村記入
	マイナンバー	大正昭和平成令和	年 月 日		男・女		同・別		有・無
マイナンバー	大正昭和平成令和	年 月 日		男・女		同・別		有・無	<input type="checkbox"/> 対象
マイナンバー	大正昭和平成令和	年 月 日		男・女		同・別		有・無	<input type="checkbox"/> 対象
マイナンバー	大正昭和平成令和	年 月 日		男・女		同・別		有・無	<input type="checkbox"/> 対象
マイナンバー	大正昭和平成令和	年 月 日		男・女		同・別		有・無	<input type="checkbox"/> 対象
マイナンバー	大正昭和平成令和	年 月 日		男・女		同・別		有・無	<input type="checkbox"/> 対象

ひとり親世帯等	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 (児童扶養手当 無・有： 年 月 日～) 申請中： 年 月 日) 理由：死亡・離別・未婚・失踪・その他 () <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 (特別児童扶養手当 無・有： 年 月 日～)
生活保護	非該当・該当 (開始： 年 月 日)
その他特記事項	

③ 児童の健康状態

既往症	無・有 (病名；) 通院； 回/月
アレルギー情報	無・有 (内容；)
障害者手帳の情報	無・有 【身体手帳】 無・有 (級 種) 【療育手帳】 無・有 (① A B C) 【特別児童扶養手当の受給】 有・無 (所得超過、その他()) ・申請中 (年 月 日)
その他特記事項 (圖に伝えたい健康上心配なこと等)	

④ 祖父母の状況について

父方	祖父	無・有	健康傷病	同居別居	【別居の場合は右欄も記入】	住所	職業
		祖母	無・有	健康傷病		同居別居	
母方	祖父	無・有	健康傷病	同居別居		住所	職業
	祖母	無・有	健康傷病	同居別居		住所	就労時間 : ~ :

*施設記入欄 (1号認定希望者及び事業所内保育希望者等で内定証明書を提出される場合や、2・3号利用希望者は記入不要)

施設(事業者)名	受付日	年 月 日
入所内定の有無	無・有 (契約・内定)	契約(内定)日 年 月 日
担当者氏名	連絡先	- -
備考		

*市町村記入欄

認定・入所の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 ※否とする理由 () 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
備考 加配の希望 有・無		