

(表)

様式第1号(第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

年 月 日

(保護者氏名)

㊞

芦北町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等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	性別
	(ふりがな)	年 月 日生	男 ・ 女
保護者・配偶者 等の氏名、個人 番号、住所及び 連絡先	(保護者)	(配偶者等)	
	個人番号	個人番号	
	(住所)		
	(連絡先)		
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、保育所等において保育の利用を希望する 場合(幼稚園等と併願の場合を含む。) 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。)		

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ。)

※「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

※「有」の場合は①～⑤に、「無」の場合は①～③及び⑤に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	氏名	続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	備考
子どもの 世帯員			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
生活保護の適用の有無		適用なし 適用あり(年 月 日保護開始)				

②小学校就学前子どもの状況

小学校就学前 子どもの 現在の発育状況	発育で気になる点：(有 ・ 無) [<input type="checkbox"/> ことば <input type="checkbox"/> 知能 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他()]
	障害者手帳：(有 ・ 無)
	特別児童扶養手当の受給：(有 ・ 無)
	その他配慮が必要となる点：

③利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
利用を希望する 施設(事業者)名	第1希望： (希望理由)
	第2希望： (希望理由)
	第3希望： (希望理由)

(裏)

④保育を必要とする理由等

続柄	事由	
父・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"/> その他 ()	
	具体的な状況	(勤務先、就労時間・日数、疾病等の状況など)
父・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"/> その他 ()	
	具体的な状況	(勤務先、就労時間・日数、疾病等の状況など)
希望保育時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (11時間/日) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (8時間/日)	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 在宅障害児のいる家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外	

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

芦北町が行う利用者負担額決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)

※添付書類 保育を必要とする事由に該当することを証明する書類及び利用者負担額算定に必要な書類

※町記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否 <small>(否とする理由)</small> 可・否 年 月 日認定	認定者番号 認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 <small>(否とする理由)</small> 可・否 <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 <input type="checkbox"/> 委託費	支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)区分 <input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地) <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)	
入所決定施設(事業者) <input type="checkbox"/> 第1希望施設(事業者) <input type="checkbox"/> 第2希望施設(事業者) <input type="checkbox"/> 第3希望施設(事業者)	
備考	

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	
担当者名	
備考	