

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(入所申込書)

令和 年 月 日

大石田町長 あて

子ども・子育て支援法第20条第1項又は第23条第1項の規定により、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。なお、支給認定及び保育料決定等に必要な場合は、町が住民基本台帳及び町民税課税台帳等により確認すること、また、町が入所する施設に対し、保育料に関する情報提供を行うことに同意します。利用者負担額に未納が生じた場合は、児童手当を現金で受領し納付することに同意します。

保護者氏名		電話番号(自宅)
保護者住所		携帯(父) 携帯(母)

申請する子ども	氏名(ふりがな)	生年月日	性別	個人番号 (マイナンバー)	障害者手帳の有無
			男・女		有・無

入所を希望する施設名	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

入所を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日
-----------	---------------

希望する利用時間等	利用曜日(○をつけて下さい)	利用時間	保育の必要量
	月・火・水・木・金・土	午前 時 分 ~ 午後 時 分	標準時間 短時間

保育の実施を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他()
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他()

・世帯の状況等

世帯の状況(申請する子どもを除く)	氏名	入所児との続柄	生年月日	性別	職業又は勤務先	備考(現在入所、通学施設名・障がい認定の有無等)	個人番号(マイナンバー) *保護者のみ	
					男・女			
					男・女			
					男・女			
					男・女			
					男・女			
					男・女			
					男・女			
生活保護適用の有無			適用なし・適用あり(年 月 日保護開始)					