

新規用

施設型給付費・地域型保育給付費等
支給認定申請書 兼 保育所入所申込書

令和 年 月 日

木島平村長 様

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。

申請児童 (フリガナ) 氏名 生年月日 性別 認定者番号
保護者 氏名 (住所) 木島平村大字 (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)

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。

保育を必要とする理由 続柄 必要とする理由 具体的な状況 (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況等)
家庭の状況 □ひとり親家庭 □左記以外
希望する利用時間 利用曜日 利用時間

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
施設(事業者)名 おひさま保育園 *事業所番号

- 字ははっきりと書いて下さい。
裏面の「記入上の注意」また「記入例」をご確認の上ご記入下さい。
*印の欄は村記載欄ですので、記入する必要はありません。

③世帯の状況

Table with columns: 分区, 氏名, 児童との続柄, 生年月日, 性別, 職業、学校名等, 勤務先の連絡先. Includes a row for '児童の世帯員' and a summary row for '生活保護の適用の有無'.

字は楷書ではっきりと書いて下さい。

④申請児童の情報

Table with columns: 障害者手帳の情報, アレルギー情報, その他児童の健康状況, 健診での指導事項, 通院・入院の有無. Includes checkboxes for '無' and '有'.

④税情報等の提供に当たっての署名欄

村が施設型給付費・地域型保育給付費等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

*村記入欄

受付年月日 令和 年 月 日
認定の可否 (否とする理由) 認定者番号 認定区分等
支給(入所)の可否 (否とする理由) 支給(利用)期間
入所施設(事業者)名 おひさま保育園
備考

施設型給付費・地域型保育給付費等
支給認定申請書 兼 保育所入所申込書

記入例

令和 3年 10月 1日

木島平村長 様

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。

申請児童	(フリガナ) 氏名	生年月日 ※年齢はH28.4.1現在	性別	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	キジマダイラ フウタ 木島平 ふう太	平成 29年4月2日生 令和	男 女	
保護者 住所・連絡先	保護者氏名 木島平 太郎			
	(住所) 木島平村大字往郷 973 番地の 1 (連絡先) 0269-82-3111 (自宅) 090-1234-**** (母携帯)			
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を含む)			
	無: 幼稚園等			

①保育の利用を必要とする理由等

保育を必要とする理由	続柄	具体的な状況 (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況等)
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 介護 <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 ()
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <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 ()	×△市役所に勤務 電話番号 〇〇-〇〇〇〇 月～金曜日 8:30～18:00 20日/月 ○△スーパーでパート勤務 電話番号: △△-△△△△ 月～金曜日 10:00～16:00 20日/月

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	(月～金) 8時00分～17時30分まで (土曜日) 8時30分～12時00分まで

②利用を希望する期間、

利用を希望する期間	令和 3年 4月 1日から 令和 6年 3月 31日まで
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名
	おひさま保育園

- ・ 字ははっきりと書いて下さい。
- ・ 裏面の「記入上の注意」また別紙「記入例」をご確認の上ご記入下さい。
- ・ *印の欄は村記載欄ですので、記入する必要はありません。

③世帯の状況

分区	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業、学校名等	勤務先の連絡先
児童の世帯員	木島平 太郎	父	S60年 1月 1日	男 女	×△市役所	**-****
	木島平 花子	母	S60年 2月 2日	男 女	○△スーパー	**-****
	木島平 ふう子	姉	H24年 3月 3日	男 女	木島平小学校	
	木島平 一郎	祖父	S29年 4月 4日	男 女	農業	**-**** (自宅)
	木島平 米子	祖母	S31年 5月 5日	男 女	農業	〃
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
生活保護の適用の有無		適用なし・適用有り (平成 年 月 日保護開始)				

④申請児童の情報

障害者手帳の情報	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・有 ()
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	無・有 ()
通院・入院の有無	【通院】無・有 (内容:) 【入院】無・有 (内容:)

④税情報等の提供に当たっての署名欄

村が施設型給付費・地域型保育給付費等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 木島平 太郎

*村記入欄

交付年月日	令和 年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 (否とする理由)	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
年月日認定	支給(入所)の可否
可・否 (否とする理由)	支給(利用)期間
年月日認定	自: 令和 年 月 日 至: 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名	
おひさま保育園	
備考	