

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定（変更）申請書 兼 入所申込書

令和 ●年●●月●●日

記載例

保護者氏名 遠別太郎 印

遠別町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費（保育）を申請（提出）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	障がい者手帳の有無
	(フリガナ) エン ベツ シ ヲウ 遠 別 次 郎	平成29年 4月 2日生	Ⓐ・女	有・Ⓐ
保護者 住所・連絡先	(住所) 天塩郡遠別町字本町3丁目37番地 (連絡先) ・自宅(7) ●●●● ●●●● ・母携帯 090-●●●●-●●●● ・父携帯 090-●●●●-●●●● ・勤め先(7) ●●●●			
支給認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無(※)	Ⓐ :	保護者の労働また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」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

① 世帯の状況

区分	(フリガナ)氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)町民税課税の有無	備考
児童の世帯員	エン ベツ タ ヲウ 遠 別 太 郎	父	昭和56年4月2日生	Ⓐ・女	農業	Ⓐ・無	0123-4567-8910
	エン ベツ ハナ ヨ 遠 別 花 子	母	昭和57年4月2日生	男・Ⓐ	会社員	Ⓐ・無	9876-5432-1123
	エン ベツ フジミ 遠 別 富士見	姉	平成26年4月2日生	男・Ⓐ	遠別小学校	有・Ⓐ	1357-9246-8013
			年 月 日生	男・女		有・無	マイナンバー
			年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	適用無し(適用有り(年 月 日保護開始))						

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 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	希望理由	事業者番号※
	第1希望: 幼児センターきらり	自宅から最も近い	
	第2希望:		
	第3希望:		

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。※印の欄は遠別町記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<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・日数等や疾病の状況など)) 早朝から夕方まで農業に従事しているため	
		<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・日数等や疾病の状況など)) ○○会社勤務に勤務しているため 勤務日：月～金 勤務時間：午前8時30分～午後5時30分	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用曜日	利用曜日		利用時間
希望する利用時間	月 曜日から 土 曜日まで		8時30分 から 17時30分 まで

④税情報等の提供にあたっての署名欄

遠別町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の情報(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。

令和 ●年●●月●●日

保護者氏名

遠 別 太 郎

印

※遠別町記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

点線以下、記載不要

認可の可否	支給認定証番号	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)
支給(入所)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 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
[<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <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)]		
保育料(階層)	円()	備 考

*施設記載欄(施設(事業者)を經由して遠別町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	(事業者番号：)
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

(裏面)