

支給認定申請書（入園申込書）

那珂川町長 様

提出日：令和 年 月 日

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。

保護者	氏名				生年月日	年 月 日生		
	住所	那珂川町			第1連絡先	父・母 ()		
				第2連絡先	父・母 ()			
申請児童	ふりがな 氏 名		個人番号					
			性別	生 年 月 日			保護者との続柄	
		男・女	平成 令和 年 月 日生					

1. 保育の希望等

保育の希望	<input type="checkbox"/> 無：保育の利用を希望しない（1号認定）				
	<input type="checkbox"/> 有：保育の利用を希望する（2号認定・3号認定）→該当する理由を記入				
	続柄	保育を必要とする理由			
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他

※ 保育を必要とする理由に応じた添付書類を提出してください。

※ 認定こども園の幼稚園機能部分や幼稚園の利用を希望する場合 → 「無」を選択
 認定こども園の保育園機能部分や保育園、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育の利用を希望する場合 → 「有」を選択

2. 世帯の状況（申請児童を除く）

	氏 名	性別	生年月日	児童との続柄	職業（勤務先） 又は学校名等
児童の世帯員	【個人番号】 — —	男・女	年 月 日生		
	【個人番号】 — —	男・女	年 月 日生		
	【個人番号】 — —	男・女	年 月 日生		
	【個人番号】 — —	男・女	年 月 日生		
	【個人番号】 — —	男・女	年 月 日生		
	【個人番号】 — —	男・女	年 月 日生		
生活保護	<input type="checkbox"/> 該当（保護開始日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 非該当				
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		別居している祖父母	<input type="checkbox"/> 町内在住 <input type="checkbox"/> 町外在住・いない	
在宅障害児(者)	<input type="checkbox"/> 有（氏名： 等級など： ） <input type="checkbox"/> 無				

※保育の希望で「有」にチェックした場合は、保護者を除く世帯員（65歳未満）の状況が分かる添付書類（就労証明書等）を提出してください。

3. 利用を希望する期間等

利用を希望する期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
利用を希望する曜日・時間	曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	時間 時 分から 時 分まで
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
	第4希望	希望理由

4. 申請児童の情報

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父母 【産休育休・求職中・その他（ ）】 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 施設（幼稚園・保育園等）【施設名： 】
障害者手帳の情報	<input type="checkbox"/> 有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳） <input type="checkbox"/> 無
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無
その他特記事項	

5. 税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費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 _____

※施設記載欄（私立認定こども園・幼稚園等を経由して町に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
施設名	
担当者	(担当者名) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有（令和 年 月 日 契約・内定） <input type="checkbox"/> 無
備考	

※町記載欄

身元確認	<input type="checkbox"/>	番号確認	<input type="checkbox"/>
認定の可否	可・否（否とする理由）		
認定区分等	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (標準・短)		

年 月 日認定