

支給認定申請書兼施設利用申込書

平成 年 月 日

保護者氏名

印

立科町長 殿

次のとおり、支給認定の申請及び施設利用を申込みます。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	個人番号
		平成 年 月 日生	男・女	
保護者住所・連絡先	住 所 (〒 -)			
	連絡先 電話 - - (携帯) - -			
認定者番号	() ※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 (※)	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」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	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業又は 学校名等	当年度分 町民税課税 の有無	備 考
							個人番号
児童の世帯員			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	
			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 (平成 年 月 日保護開始)					

② 児童に関する状況

入所児童の健康状況	1. 健康 2. 障がいあり (手帳 有 無) 3. 食物アレルギーあり 症状等 ()
-----------	--

③ 利用を希望する期間、希望する施設名 (事業者名)

利用を希望する期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	施設名 (事業者名) ・ 希望理由	事業所番号*
利用を希望する施設 (事業者) 名	第1希望 園 (希望理由)	
	第2希望 園 (希望理由)	
	第3希望 園 (希望理由)	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

④保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又③保育の利用を必要とする理由等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	
		<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"/> 虐待DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <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）	
		<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"/> 虐待DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <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）	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する	利用曜日		利用時間
利用時間	曜日から	曜日まで	時から 時まで

⑤税情報等の提供及び支給認定に関する署名欄

立科町が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。
 次年度一斉受付にて申請した支給認定について、支給認定証は施設利用決定とともに通知されることに同意します。

保護者氏名

印

*市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日	
認定の可否 可・否（否とする理由） 平成 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"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短）
入所（支給）の可否 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	利用期間 至 平成 年 月 日 自 平成 年 月 日	
入所施設（事業所）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"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <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）		
備考	記載の内容について、確認しました。調査員 ㊞	

*施設記入欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	平成 年 月 日
施設（事業者）名	（事業所番号： ）
担当者氏名連絡先	（担当者） （連絡先）
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（平成 年 月 日契約（内定））） ・ 無

（裏面）