

記入例

利用申込・支給認定

申請書
 変更申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者氏名 **大洗 一郎**

大洗町長 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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 (ふりがな) おおあらい うめこ 大洗 梅子	生年月日 令和 3 年 4 月 2 日生	年齢 2 歳男 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 女 長女	備考 R6. 4. 1現在の年齢を記入して下さい
	保護者住所・連絡先 (住所) 〒 311-1301 大洗町磯浜町1番地 (父:携帯) 090-1111-0000 (母:携帯) 080-1111-0000 (自宅等)			
保育の希望の有無(*1)	<input checked="" type="radio"/> 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)		
	<input type="radio"/> 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)		
希望する認定区分	<input type="checkbox"/> 1号(教育・満3歳以上児)	<input type="checkbox"/> 2号(保育・3歳以上児)	<input checked="" type="checkbox"/> 3号(保育・3歳未満児)	
	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間		<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	

(*1) ・「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。
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①支給認定証の発行について

認定証発行希望の有無 無 有 ※希望しない場合でも利用者負担額決定通知に支給認定情報を記載して通知いたします。

②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	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入(勤務先名) 〇〇会社 (就労時間・日数)1日あたり 8 時間就労 / 月 21 日
<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"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入(勤務先名) 〇〇会社 (就労時間・日数)1日あたり 8 時間就労 / 月 21 日	
	<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		

③申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有(卵アレルギー)
その他特記事項	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有()

④世帯の状況

ひとり親世帯等の有無 非該当 ・ 該当(ひとり親世帯等 在宅障害児(者)のいる世帯)
 生活保護の適用の有無 非該当 ・ 該当(年 月 日保護開始) **必ず記載してください。**

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業・学校名等	多子軽減計算対象施設(*2)	個人番号
世帯員・その他の同居家族	大洗 一郎	S51年2月3日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	父	会社員	<input type="checkbox"/> 対象	1111-1111-1111
	大洗 さき	S55年3月3日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	母	パート	<input type="checkbox"/> 対象	2222-2222-2222
	大洗 梅子	R3年4月2日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	本人		<input type="checkbox"/> 対象	3333-3333-3333
	大洗 太郎	H26年4月4日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	兄	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 対象	4444-4444-4444
	大洗 波平	S29年5月5日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	祖父	自営	<input type="checkbox"/> 対象	5555-5555-5555
	大洗 ふね	S30年8月7日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	祖母	無職	<input type="checkbox"/> 対象	6666-6666-6666

(*2) 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、□該当にチェックを付けて下さい。

(表面)