

施設型給付費 支給認定申請書

兼 保育園入園申請書

阿賀町町長様

平成 年 月 日

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

申請児童	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	認定番号 *既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日 (歳 月)	男・女		
保護者	(印)	年 月 日生	電話番号 (自宅)		
	(住所)		父携帯		
			母携帯		

① 保育の利用を必要とする理由

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 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"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時う2間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入	
母	<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"/> 育児休暇 <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)や、その他の内容を記入		

② 世帯の状況

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	勤務先名 又は学校名	勤務先の連絡先
児童の世帯員		年 月 日生	男・女			
			男・女			
			男・女			
			男・女			
			男・女			
ひとり親世帯の適用の有無	無 ・ 有 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無	無 ・ 有 (平成 年 月 日保護開始)					

③ 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）
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
通院・入院の有無	【通院】無・有（内容 ）【入院】無・有（内容 ）

④ 利用を希望する期間、希望する施設

利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	
利用を希望する施設名	施設名 ・ 希望理由	
	第1希望	（希望理由）
	第2希望	（希望理由）
	第3希望	（希望理由）

⑤ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型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、保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者（父）氏名 印

配偶者（母）氏名 印