

**施設型給付費・支給認定申請書（記入例）**  
兼 保育園入園申請書

阿賀町長 様

令和 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) <b>あが はなこ</b> <b>阿賀 花子</b>	〇〇年 〇月〇〇日 ( 〇歳 〇月)	男・ <b>女</b>	<b>子</b>	<b>記載不要</b>
保護者	<b>阿賀 太郎</b>	<b>昭和</b> 平成〇〇年〇〇月 〇日	電話番号 (自宅)	<b>〇〇-〇〇〇〇</b>	
	(住所) 〒959-〇〇〇〇 <b>阿賀町〇〇〇 △△△番地〇〇アパート *** 号</b>		父携帯	<b>〇90-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>	
			母携帯	<b>〇80-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>	

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 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> その他	
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 checked="" 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		

**【添付書類】**  
 就労→「就労証明書」 妊娠・出産→「妊娠届出書（コピー）母子手帳（コピー）」  
 求職活動→「ハローワークカード（コピー）」その他→「事実がわかる書類」

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	<b>阿賀 太郎</b>	年 月 日	男・女	<b>父</b>	<b>(株) 〇〇〇〇</b>	
	<b>阿賀 〇〇</b>	年 月 日	男・女	<b>母</b>	<b>求職活動中</b>	
	<b>阿賀 〇〇</b>	年 月 日	男・女	<b>兄</b>	<b>〇〇小学校</b>	
	<b>阿賀 〇〇</b>	年 月 日	男・女	<b>妹</b>	<b>入園前</b>	
		年 月 日	男・女			
		年 月 日	男・女			
		年 月 日	男・女			
		年 月 日	男・女			

該当する場合はお子さんの年齢に関わらず「有」および項目にチェック

ひとり親世帯の適用の有無 無 ・ 有 (  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 無 ・ 有 ( 昭・平 年 月 日保護開始 )

- (\*) 子どもについては保護者が監護し、生計を一にする人数を全て記入してください。
- ・「監護」は、監督・保護することです。
  - ・「生計を一にする」は、同居だけでなく勤務、修学、療養等の都合上別居している場合であっても、常に生活費、学資金、療養費等の送金が行われている場合を含みます。

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)
アレルギー情報	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 卵・小麦・大豆・ピーナッツ )
その他 児童の健康状況 * 該当する場合に記入	<input checked="" type="radio"/> アトピー ・ ぜんそく ・ その他 ( 主な症状 )
通院・入院の有無	【通院】 <input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (内容 アトピー ) 【入院】 <input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (内容 肺炎 )

アレルギー情報は詳しく記入してください。

現在通院していますか

今までに入院したことはありますか

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	年 月 日 から 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)

卒園まで  
〇〇年3月31日

備考欄	特記する事項があれば記入してください。
-----	---------------------

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)

\_\_\_\_\_ (母) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

自署、押印

\* 町記載欄

受付年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

認定可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給 (入所) の 可否		支給 (利用) 期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日 至 年 月 日
入 所 施 設 名		
□ひまわり保育園	□わかば保育園	□上条保育園