

支給認定申請書 兼 保育施設等利用申請書(保育児童手帳)

記入例

必ずご記入願います。

多可町長 様

この方に通知を送ります。

申請日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
保護者氏名	多可 一郎

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。併せて、教育・保育施設の利用(調整)を申し込みます。

申請児童について	(フリガナ) 氏名	第〇子	生年月日・歳	性別	児童について心配な事柄 発達・アレルギー・病気等
	タカ タロウ 多可 太郎	第2子	平成・令和 30年 4月 2日生 3 歳 (令和4年4月1日現在)	男 ・ 女	卵アレルギーがあり、除去願います。 等
	①特別児童扶養手当 ②身体障害者手帳 ③療育手帳 ④精神障害者保健福祉手帳 ⑤サポートファイル ⑥こどもの発達ノート ※該当するものを〇で囲む ※①～④は、手帳又は証書の写しの提出必要				
保護者住所 連絡先	現住所 : 〒679-1192 多可郡多可町 中区中村町 123 番地 電話番号 : 090-1234-5678				R3.1.1現在の住所 多可町内・多可町外
保育の希望の有無(※)	有: 保護者の学業・疾病等の理由により、保育施設等において保育の利用を希望する場合 無: 日中に連絡のとれる電話番号を必ずご記入願います。				

特に心配なことや、アレルギーの種類や病名などご記入ください。

R4.4.1 現在の年齢をご記入ください。

(※)・「保育施設等」は、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」を〇で囲んだ場合は①～④に、「無」を〇で囲んだ場合は、①・②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況(申請児童を除く同居者を全員記入して下さい。また、単身赴任等、別居で同居している世帯員も記入して下さい。)

区分	(フリガナ)氏名	続柄	生年月日	年齢	職業等	勤務先/学校名等 勤務先等電話番号
児童の世帯員	タカ イチロウ 多可 一郎	父	S58・11・1	38	公務員	多可町役場 (0795) 32-2380
	タカ ハナコ 多可 花子	母	S60・5・1	36	会社員	〇×産業(株) (0000)〇〇-〇〇〇〇
	タカ ハルコ 多可 春子	姉	H26・7・1	7	学生	中町南小学校 (0795) 32-0011
	タカ ソウイチロウ 多可 宗一郎	祖父	S35・12・1	60	会社員	(株)△□会社 (000)〇〇〇-〇〇〇〇

保育料等が軽減される場合があるので、必ずご記入ください。

住民票を分けていても、同一家屋に居住するすべての方を記載ください。単身赴任など別居中の父親や母親も必ずご記入ください。
※二世帯住宅など独立した生活空間が別に確保されている場合を除く。

手帳又は証書の写しの提出が必要です。

生活保護の適用の有無	適用なし	適用あり (年 月 日保護開始)
------------	------	-------------------

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 ○年 ○月 1日から	<input checked="" type="checkbox"/> 就学まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由	利用希望期間をご記入ください。
	第1希望 ○○○園	
	第2希望 ○○○園	(希望理由) 勤務先に近いため
	第3希望 ○○○園 (○○市)	(希望理由) 勤務先に近いため

保育園部希望の方は、必ず第3希望までご記入ください。

③保育の利用を必要とする理由

幼稚園部は記入不要	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）等
保育の利用を必要とする理由	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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	月～金曜日 20日/月 8時30分～17時30分勤務
	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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	月～金曜日 20日/月 9時30分～17時30分勤務
	祖父 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧	月～金曜日 20日/月 9時～16時勤務
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
保育の必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間希望 <input type="checkbox"/> 保育短時間希望	
希望する利用時間等	利用曜日 月 曜日から 金 曜日	利用時間 8時30分から18時00分まで

保育の利用を必要とする具体的な状況をご記入ください。

④入所（園）に係る同意・承諾事項

入所（園）の承諾、保育の実施、利用に対して同意します。また、翌年度入所の通知が遅れて通知されることを承諾します。

①町が同一世帯員の町県民税の情報負担額について、利用予定保育施設と。

②町が世帯員の就労状況について、勤務先の雇用主等その他の関係者に対して調査すること。

③在所（園）の保育支援のため、母子保健担当課の発達相談記録等の情報を必要に応じ活用すること。

保護者氏名 多可 一郎

選択してください。

多可町内の施設の場合、
保育標準時間：7:30～18:30
保育短時間：8:30～16:30

※『保育を必要とする事由証明書』により決定しますので、ご希望に添えない場合があります。

*以下 町記入欄

受付年月日	令和 年	ご確認のうえ、署名を必ずお願いします。 署名のないものは受付できません。	
認定の可否 可・否 R・・認定	(否とする理由)	認定番号	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)
支給（入所）の可否 可・否	(否とする理由)	支給（利用）期間 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日	
入所施設（事業者）名			
備考			