

支給認定申請書 兼 保育施設等利用申込書 (保育児童台帳)

多可町長 様

申請日	令和 年 月 日
保護者氏名 (自署)	

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○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
			平成・令和 年 月 日生 歳 (令和4年4月1日現在)	男・女	
	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○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 : 〒 多可郡多可町 電話番号:			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: 保護者の労働又は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 (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)				

(※)・「保育施設等」は、保育所(園)、認定こども(保育利用)、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に必要な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、別居で生計を一に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			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
障害者手帳等の状況 ※氏名を記入し、該当するところを○で囲む ※手帳又は証書の写しの提出必要	氏 名				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障害基礎年金の交付(給付)	
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)					

(裏)

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 日から <input 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
	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

③保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	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
		<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<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"/> 求職活動 <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 type="checkbox"/> 左記以外		
保育の必要量	<input 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	利用時間	
	曜日から 曜日まで	時 分から 時 分まで	

④入所（園）に係る同意・承諾事項

入所（園）の承諾、保育の実施、利用者負担額の算定及び施設型給付費等の支給認定にあたり、下記のことに対して同意します。また、翌年度入所（園）の場合、利用調整事務等に時間を要するため、支給認定通知書等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及び住民記録等の情報を閲覧・照会し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、利用予定保育施設等に対して提示すること及びこの申請書の写しを同施設等に送付すること。

②町が世帯員の就労状況について、勤労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（自署）	
-----------	--

*以下 町記入欄

受付年月日	令和 年 月 日		
認定の可否 可・否 R・・・認定	(否とする理由)	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)
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			