

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 保育所等利用申込書

令和2年11月22日

香取市長 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。

申請児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	きょういく はじめ 教育 一	平成29年2月6日生	続柄	子
保護者	きょういく たろう 教育 太郎	昭和62年2月8日生	電話番号 (自宅)	0478-XX-XXXX
	(住所) 香取市佐原口2127		携帯電話 番号	父 母 090-XXXX-XXXX
	保育の希望の有無(※)	有： 保護者希望する場所	理由により、保育所等において保育の利用を希望する場所	
	<input checked="" type="radio"/> 無： 幼稚園等の利用を希望する場合			

保護者の押印をお願いします。シャチハタは不可です。

申請内容について、回答できる方を○で囲み、その方の携帯電話番号を記入してください。

(※)同居している親族等を全員記入してください。また、申請児童の兄弟児で、別居している大学生、入院している兄弟児等、生計を一にする兄弟児がいる場合も記入してください。

①世帯の状況

ひとり親世帯の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 無・有
在宅障害児等による世帯の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 無・有 ※障害者手帳等の写しを添えて申請して下さい。
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 無・有 ()年

障害者手帳などをお持ちの方がいる場合はその写しを併せて提出してください。

②世帯員

区分	氏名	生年月日	性別	続柄	勤務先名又は学校名等	勤務先等の連絡先
児童の世帯員	教育 太郎	S62年2月8日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	父	会社員	50-xxxx
	鮎実	S63年7月3日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	母	パート	54-xxxx
	一	H29年2月6日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	本人		
	一太	S35年1月1日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	祖父	自営業	
	和子	S39年3月9日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	祖母	自営業	
	愛	H27年8月2日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	姉	〇〇幼稚園	

③利用を希望する期間、曜日、時間及び希望する施設(事業者)名

記入する必要はありません。

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用を希望する曜日(※1)	<input type="checkbox"/> 月～金 <input type="checkbox"/> 土
利用を希望する時間(※1)	<input type="checkbox"/> 保育短時間 (各施設が定める保育時間のうち最大8時間)
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (各施設が定める保育時間のうち最大11時間)
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)

※1 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

④利用調整の継続希望

希望月に入所ができなかった場合、翌月以降も継続して利用調整を希望する	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
------------------------------------	--

記入する必要はありません。

⑤保育を必要とする事由等

※保護者の労働又は疾病等の事由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育を必要とする事由	続柄	必要とする事由		備考
		必要とする事由		
		<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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		就労の場合の状況※2 正社員・契約社員・公務員・パート・自営業・農業・その他 () 勤務先名称等 () 職名 (仕事の内容) 勤務時間 (~) 1日 時間 就労日数 週 日 月 日 通勤時間 時間 分 通勤手段		
		<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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		就労の場合の状況※2 正社員・契約社員・公務員・パート・自営業・農業・その他 () 勤務先名称等 () 職名 (仕事の内容) 勤務時間 (~) 1日 時間 分 就労日数 週 日 月 日 通勤時間 時間 分 通勤手段		

記入する必要はありません。

⑥保護者の個人番号

保護者の個人番号	続柄 (父)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1
	続柄 (母)	1	2	2	4	5	6	7	8	9	0	1	2

お子さまの状況について、該当するものを○で囲み、必要に応じて具体的に記入してください。

⑦申請児童の状況

障害者手帳の有無	<input checked="" type="radio"/> 無・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	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (小麦アレルギー)
健康状況	良・ <input checked="" type="radio"/> 普通・弱 【持病】無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (ぜんそく)
健診での指導事項	<input checked="" type="radio"/> 無・有 ()
通院・入院の有無	【通院】無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (毎月1回、〇〇医院で定期検査を受けている) 【入院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有 ()
子育て関係機関への相談	<input checked="" type="radio"/> 無・有 (子育て相談センター ・ 保健センター ・ 児童相談所 ・ その他) 相談内容 ()
現在の保育状況	<input checked="" type="radio"/> 母 (産休育休・求職中・その他) 父 (育休・求職中・その他) 祖母 (父方・母方) 祖父 (父方・母方) 施設 (施設名)
保護者からの付言	食べ物の好き嫌が多い

⑧きょうだい児の施設 (事業者) の利用状況

※申請児童のきょうだい児が、保育所等及び幼稚園等を利用している場合は記入してください。

氏名	生年月日	利用中の施設 (事業者) の名称
教育 愛	H27年8月2日生	〇〇幼稚園

⑨税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が設型給付費・地域型保育給付費等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、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名	教育 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>	保護者氏名	教育 鮎実	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	-------	-------------------------------------	-------	-------	-------------------------------------

調査員*	入所基準番号*	基準点数*	調整点数*	最終点数*	保育必要量*	判定*
					短時間・標準	