

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定（変更）申請書

申請日： 年 月 日

猪苗代町長

保護者氏名 _____ 印

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。また、猪苗代町が、施設型給付費・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。

申請に係る小学校 就学前児童	ふりがな 氏 名	生年月日	続柄	性別	障害者手帳※の有無 ※身体障害者手帳、療育手帳、 精神障害者保健福祉手帳等
		年 月 日生		男・女	有 ・ 無 (有の場合は写しを 添付して下さい)
	個人番号				
保護者住所・連絡先	〒 _____ 連絡先 ① _____ () ② _____ ()				
支給認定証番号	※既に支給認定を受けている場合のみ記入				
保育の希望の有無(※) (○で囲んで下さい)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育を希望する場合(幼稚園等と併願を含む)				
	無 : 幼稚園等のみを希望する場合(教育部分)				

※ ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、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。
 ・「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○で囲んだ場合は以下①～③に、「無」を○で囲んだ場合は以下①～②に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況(本人は除き、世帯分離を含みます。)

区分	ふりがな 氏名	児童と の続柄	生年月日	性 別	就労先又は 学校名等	市町村民税 課税の有無	上段：備考(1月1日時点の居住地が違う 場合や別居の場合はその居住地を記入) 下段：個人番号
児童の 世帯 員			年 月 日生			有・無	
			年 月 日生			有・無	
			年 月 日生			有・無	
			年 月 日生			有・無	
			年 月 日生			有・無	
			年 月 日生			有・無	
生活保護摘要の有無		無 ・ 有 (年 月 日 保護開始)					
在宅障害者(児)の有無		無 ・ 有 (氏名：)					

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	年 月 日から			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	事業所番号			
	第1希望					
	第2希望					
	第3希望					

③保育を必要とする理由等（保育の希望の有無が「有」の方のみ記入してください）

保育の利用 を必要とする理由	続柄	必要とする理由
		<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"/> 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））
		<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"/> 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））
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外	
希望する 利用時間	利用曜日（○で囲んで下さい）	月 火 水 木 金 土 日
	利用時間	時 分から 時 分まで

猪苗代町記入欄（ここから下は窓口にて使用しますので、記入する必要はありません。）

受付年月日	年 月 日		
認可の可否	認定者番号	認定区分等	
可・否 （否とする理由）	年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	
支給（入所）の可否		支給(利用)期間	
可・否（否とする理由） 〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕		自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設（事業者）名	<input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼） <input type="checkbox"/> 地（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）		
保育料（階層）			

*施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日		
施設（事業者）名	（事業所番号： ）		
担当者氏名連絡先	氏名	連絡先	
入所契約（内定）の有無	有 【契約（内定）（ 年 月 日契約（内定））】 ・ 無		