

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

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<br>就学前児童         | ふりがな<br>氏 名   | 生年月日   | 続柄 | 性別  | 障害者手帳※の有無<br>※身体障害者手帳、療育手帳、<br>精神障害者保健福祉手帳等 |
|                           |   | 年 月 日生 |    | 男・女 | 有 ・ 無<br>(有の場合は写しを<br>添付して下さい)              |
|                           | 個人番号  |        |    |     |   |
| 保護者住所・連絡先                 | 〒<br>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(※)<br>(○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<br>氏名 | 児童と<br>の続柄           | 生年月日   | 性別 | 就労先又は<br>学校名等 | 市町村民税<br>課税の有無 | 上段：備考(1月1日時点の居住地が違う<br>場合や別居の場合はその居住地を記入)<br>下段：個人番号 |
|-------------|------------|----------------------|--------|----|---------------|----------------|--|
| 児童の<br>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<br>（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<br>を必要とす<br>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<br><input type="checkbox"/> その他（<br>（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<br><input type="checkbox"/> その他（<br>（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<br>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  | 年 月 日認定  |       | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br><input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 |
| （否とする理由）   |  |       |   |
| 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   |
| 〔 <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〕 |  |       | 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）<br><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 |     |  |