

別記第1号様式（第3条）

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 入所（園）申込書

年 月 日

多古町長 様

保護者氏名

㊞

次のとおり、施設型給付費・地域保育給付費に係る支給認定を申請します。

太枠内を記入

ふりがな		生 年 月 日	性 別	障 害 の 有 無 ※
児 童 名		年 月 日	男 女	有 無
住 所	〒		ひとり親世帯の該当 <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
連 絡 先	(父) (母)		生 活 保 護 の 適 用 <input type="checkbox"/> 適用あり <input type="checkbox"/> 適用なし	
保育希望の有無	有 : (2号・3号認定) 保護者の就労等の理由により、保育の利用を希望する場合 無 : (1号認定) 幼児教育のみ希望する場合			

① 世帯の状況

区分	ふりがな氏名	児童との続柄	生 年 月 日	性 別	職業又は学校名等	障 害 の 有 無 ※	備 考
児 童 の 世 帯 員			年 月 日	男 女		有 無	
			年 月 日	男 女		有 無	
			年 月 日	男 女		有 無	
			年 月 日	男 女		有 無	
			年 月 日	男 女		有 無	
			年 月 日	男 女		有 無	
			年 月 日	男 女		有 無	
			年 月 日	男 女		有 無	

※ 有の場合は障害者手帳の写しを添付してください。

② 税情報等の提供及び認定書類についての署名欄

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町民税の情報（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

㊞

保護者個人番号	
配偶者個人番号	

③ 保育の利用を必要とする理由（2号・3号のみ）

続柄	保育を必要とする理由	備考
	<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 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他（ ）	

④ 希望する期間及び希望する施設（事業者）名

希望する期間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 就学前 ・ <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで	
希望する曜日	曜日 から 曜日 まで	
希望時間	（月曜日～金曜日） 時 分から 時 分まで	
	（土曜日） 時 分から 時 分まで	
利用を希望する施設（事業者）名等	施設（事業者）名・希望理由	
	第1希望	（理由）
	第2希望	（理由）
	第3希望	（理由）
		事業所番号※3

※3 事業所番号は記入不要です。

多古町記入欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等
<input type="checkbox"/> 可（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 否（理由 ）		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 短
支給（入所）の可否	支給（利用）期間	
<input type="checkbox"/> 可（ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 ） <input type="checkbox"/> 否（理由 ）	自： 年 月 日 至： 年 月 日	
入所施設（事業者）名		
<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 幼保連携型 <input type="checkbox"/> 幼稚園型 <input type="checkbox"/> 保育所型 <input type="checkbox"/> 地方裁量型 ） <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育事業（ <input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> 家庭的 <input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 ）		
備考		

施設記入欄

施設（事業者）名	施設受付印	多古町受付印
事業所番号		
入所契約（内定）有無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無	