

記入例 (管外委託用)

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

〇年〇月〇日

多古町長

様

保護者氏名

多古 太郎



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	たこ まい	生 年 月 日	性 別	障害の有無※
児童名	多古 麻衣	R〇年〇月〇日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 多古町多古〇〇〇番地		ひとり親世帯の該当 <input type="checkbox"/> 該当あり <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	
連絡先	(父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (母) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		生活保護の適用 <input type="checkbox"/> 適用あり <input checked="" type="checkbox"/> 適用なし	
保育希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	たこ たろう 多古 太郎	父	H〇年〇月〇日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	会社員	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
	たこ たまこ 多古 たまこ	母	H〇年〇月〇日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	パート	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
	たこ やまと 多古 大和	兄	R〇年〇月〇日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	△△幼稚園	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
	たこ よねお 多古 米男	祖父	S〇年〇月〇日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	たこ よねこ 多古 米子	祖母	S〇年〇月〇日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	農業	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
				年 月 日	男 女		有 無

①表は、同居する方全員記入

※障害有の場合は障害者手帳の写しを添付してください

※ 有の場合は障害者手帳の写しを添付してください。

12桁のマイナンバーを記入
保護者のマイナンバー通知カード及び
本人確認書類の提示が必要になります

必要な町民税の情報(同一世帯者を含む。)及
決定した利用者負担額について、特定教育・保

保護者氏名

多古 太郎



保護者個人番号

123456789012

配偶者個人番号

210987654321

③表は、2号・3号認定の方のみ記入

(父と母のみ記入)

③ 保育の利用

続柄		備考
父	<input checked="" 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()	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" 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()	

期間は年度末まで

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	<input type="checkbox"/> 〇年 〇月 〇日から <input type="checkbox"/> 就学前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 〇年 3月 31日 まで	
希望する曜日	<input type="checkbox"/> 月 曜日 から <input type="checkbox"/> 金 曜日 まで	
希望時間	(月曜日～金曜日) 8時 30分から 16時 30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	〇〇保育園 (理由) 近くに勤務先がある
	第2希望	××保育園 (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

記入しない