

支給認定申請書 兼 保育所入所申込書

年 月 日

出雲崎町長 様

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のうえ、次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請及び保育所の入所を申込みします。

保護者	住所	出雲崎町大字			電話番号	自宅	
	氏名	(印)				携帯	
申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏名		生年月日		性別	令和2.4.1 の年齢	障害者手帳 の有無
	1		年 月 日生	男・女	歳	有・無	
認定者番号 (※1)							
保育の希望の有無 (※2)		有 : 保護者の労働、疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。）					
		無 : 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）					

※1 既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。

※2 「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①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び②に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏名	子ども の 続 柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	備考
子どもの世帯員	2		年 月 日生	男・女		
	3		年 月 日生	男・女		
	4		年 月 日生	男・女		
	5		年 月 日生	男・女		
	6		年 月 日生	男・女		
	7		年 月 日生	男・女		
	8		年 月 日生	男・女		
	生活保護の適用の有無		有 (年 月 日保護開始) ・ 無			
ひとり親世帯		該当 ・ 非該当		在宅障害者の有無		有 ・ 無

個人番号（保護者）

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	令和 年 月 日 から 令和 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（※3）	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)

③保育の利用を必要とする理由等

※表面の「保育の希望の有無」で「有」を○で囲んだ場合に記入して下さい。

（「無」を○で囲んだ場合は記入の必要はありません。）

続柄	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・障がい <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（ ）		
保育の利用を必要とする理由等（※3）	勤務先： 勤務時間：午前 午後 時 分から午前 午後 時 分まで（約 日）		1か月あたり
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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（ ）		
	勤務先： 勤務時間：午前 午後 時 分から午前 午後 時 分まで（約 日）		1か月あたり
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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（ ）		
	勤務先： 勤務時間：午前 午後 時 分から午前 午後 時 分まで（約 日）		1か月あたり
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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（ ）		
	勤務先： 勤務時間：午前 午後 時 分から午前 午後 時 分まで（約 日）		1か月あたり
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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（ ）		
希望する利用時間等	利用曜日（※4）		利用時間
	月・火・水・木・金・土		午前 午後 時 分から午前 午後 時 分まで

※3 保育の利用が必要なことを証する書類を添付して下さい。

※4 利用を希望する曜日を○で囲んで下さい。

町 記 入 欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□標 □短)
令和 年 月 日認定		
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)	支給(利用)期間 自 令和 年 月 日 至 令和 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]		
入所施設（事業者）名		
[_____]		
備考	確認担当者	
	㊟	