

【表面】 字は黒色のボールペンを使い、楷書ではっきりと書いてください。

記載例

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定兼利用申請書

令和〇年〇月〇日

浦臼町長様

保護者氏名 〇〇 〇〇

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、支給認定に必要な町民税等の課税情報(同一世帯者を含みます。)及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して通知することに同意します。

Table with 6 columns: 申請に係る小学校就学前の児童, 氏名, 生年月日, 性別, 保護者との続柄, 障害者手帳の有無. Includes fields for address, contact info, and care preferences.

※1 既に支給認定を受けている場合に記入してください。
※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ください。

①家族の状況(入所希望児童本人は除きます。世帯分離を含みます。)

Table for family status with columns: 区分, 氏名, 児童との続柄, 生年月日, 性別, 勤務先名(職業)又は学校名(学年), 町民税課税の有無, 備考. Includes a section for living protection and home care status.

※3 前年度分の町民税又は当年度分の町民税が課税されている場合は「有」に○をして下さい。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

Table for utilization period and facility names with columns: 利用を希望する期間, 施設(事業者)名・希望理由, 事業所番号.

※4 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所の場合は、その旨も記入してください。
※5 事業所番号は町記入欄のため記入は不要です。

【裏面】

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。)

保育の利用を必要とする理由等 (※6)	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input checked="" 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 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)やその他の内容 (就労時間 月～金 8:30～17:30)	
	母	<input checked="" 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 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)やその他の内容 (就労時間 月～金 8:30～17:30)	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
利用を希望する曜日・時間	曜日(※7)		時間
	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分から <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分まで

※6 保育の利用が必要なことを証する書類を添付してください。

※7 利用を希望する曜日全てを○で囲んでください。

----- 以下、記入不要 -----

※町記載欄

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 <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"/> 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(小・家・居・事)〕		
備考		

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

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	担当者: 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
備考	