

令和3年度 施設型給付費・地域型保育給付費等申請書兼利用申請書



申請日：令和 年 月 日

ふりがな		生年月日		令和3年4月1日 の年齢 才	性別
園児氏名		平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ふりがな		住所	〒		
保護者氏名					
連絡先（父）		連絡先（母）			
保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 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の利用を希望する場合				
	<input type="checkbox"/> 無 教育の利用を希望する場合（13時30分までの利用）				

(※)「有」を選んだ場合は①～⑤に、「無」を選んだ場合は①～②、④・⑤に必要事項を記入して下さい。

① 世帯の状況（当該園児除く）

区分	氏名	園児との続柄	生年月日	職業又は学校名等
子どもの世帯員			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	

②利用を希望する期間、希望する施設

利用希望期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
希望する施設	<input type="checkbox"/> 楚洲あさひの丘保育所 <input type="checkbox"/> くにがみこども園 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※市町村記入欄

備考	供覧	教育長	課長	課長補佐	係長	係

③保育必要とする事由

続柄	必要とする理由	備考
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育休中の継続通所 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育休中の継続通所 <input type="checkbox"/> その他 ()	

④その他世帯の状況

生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 (年 月 日開始予定)
ひとり親世帯について	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 離婚調停中
児童扶養手当の受給 (ひとり親世帯対象)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 事実婚)
障がい者(児)がいる世帯について (申請児童含む)	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり → 該当者(氏名:) 続柄:) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 ()

⑤税情報等の提供に当たっての署名

村が施設型給付費・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。

保護者氏名 印

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 (有 ・ 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

※施設記入欄

受付年月日	施設名称
	<input type="checkbox"/> 楚洲あさひの丘保育所 <input type="checkbox"/> くにがみこども園 <input type="checkbox"/> その他 ()

※市町村記入欄

備考