国頭村長　　殿

受付印

令和７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7年4月1日の年齢　　　　　才 | 性別 |
| 園児氏名 |  | 平成　令和 | 年　　月　　日 | □男□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 | * 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
 |
| * 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 | 　□楚洲あさひの丘保育所　　□くにがみこども園　　□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 |
| □　父　□　母□　その他（　　　） | □就労　□妊娠･出産　□疾病･障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動□就学　□育休中の継続通所　□その他（ 　　　　　 ） |  |
| □　父　□　母□　その他（　　　） | □就労　□妊娠･出産　□疾病･障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動□就学　□育休中の継続通所　□その他（ 　　　　　 ） |  |

④その他世帯の状況

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

※ 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 |
| □楚洲あさひの丘保育所　　□くにがみこども園　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |

※市町村記入欄

|  |
| --- |
| 備考 |
|  |
|