

# 支給認定申請書 兼 保育利用申込願書

(宛先) 田子町長

次のとおり、支給認定を申請し、施設の利用を申し込みます。  
 保育が必要な場合、保育の利用を申し込みます。

現在利用している施設(事業者)名		該当する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転園	
申請日	令和 年 月 日	児童との続柄	保護者氏名
氏名		生年月日	性別
フリガナ		H・R 年 月 日	兄弟姉妹における順番
個人番号		障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 級 <input type="checkbox"/> その他証明)
住所		〒	
父携帯		自宅	
母携帯			
保護者の令和3年1月1日現在の住所		父	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外→ 都・道・府・県 市・区・町・村
		母	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外→ 都・道・府・県 市・区・町・村
保育の希望の有無(※)		有	
		<input type="checkbox"/> 保育園等のみ希望(保護者の就労等により保育が必要)	
		<input type="checkbox"/> 幼稚園等と保育園等の両方を希望(保育が必要だが幼稚園等も申込:併願)	
		無	
		<input type="checkbox"/> 幼稚園等のみ希望(保育園等は希望しない)	
利用が内定している幼稚園等名称		支給認定番号(交付されている場合)	
利用希望期間		令和 4年 4月 1日 ~ 令和 5年 3月 31日	

- (※) ・「保育園等」とは、保育園、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」の場合は①~⑤に、「無」の場合は①~③に必要事項を記入してください。  
 (※) ・個人番号とは、平成28年1月1日マイナンバー制度実施に伴う各々の番号のことです。

※施設記入欄(施設を経由して町に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日	施設(事業者)名
利用契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(令和 年 月 日 契約・内定) <input type="checkbox"/> 無	

※町記入欄

受付年月日	令和 年 月 日	支給認定番号
認定の可否		認定区分等
可・否	年 月 日 認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
否の理由:		<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短
支給(利用)の可否		
可・否	<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
否の理由:		年 月 日
利用施設(事業者)名		至
		年 月 日
年度 町民税所得割		事業所番号
均等割		
父 有・無		利用者負担額(保育料)
母 有・無		
( ) 有・無		
合計		円

基準額・半額・無料・母子等・第3子

①世帯の状況

↓ 1人だけ○を付けてください。

申請児童の同居者（世帯分離している同居者も含む）	氏名		児童との続柄	生計中心者	生年月日	性別	勤務先・学校名・通園施設名等 学年も記入してください。
	フリガナ	個人番号			年 月 日	男・女	
	フリガナ		父	S H	年 月 日	男	
	フリガナ						
	フリガナ		母	S H	年 月 日	女	
	フリガナ						
	フリガナ		本人	H R	年 月 日	男・女	
	フリガナ						
	フリガナ			T S H R	年 月 日	男・女	
	フリガナ						
	フリガナ			T S H R	年 月 日	男・女	
	フリガナ						
	フリガナ			T S H R	年 月 日	男・女	
	フリガナ						
	フリガナ			T S H R	年 月 日	男・女	
	フリガナ						
	フリガナ			T S H R	年 月 日	男・女	
	フリガナ						

健康保険における児童の扶養者 父 母 父母以外= 児童との続柄 : 氏名 :

生活保護の適用 無 有⇒H・R 年 月 日保護開始

ひとり親の場合の理由 離婚 死別 未婚 行方不明( 年 月頃から)  
別居( 年 月頃から)⇒調停:無 有

同居者の障がい・介護認定 障がい 介護認定 内容: 児童との続柄 : 氏名 :  
障がい 介護認定 内容: 児童との続柄 : 氏名 :

祖父母の状況		年齢	同居・別居の別 (別居の場合は住所記入)	就 労	健康状態
	父 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	母 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良

②申請児童の状況

申請児童の状況	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	⇒ <input type="checkbox"/> 有の場合 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他: 家庭での除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし 医師の指導に基づいて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 食物以外のアレルギー:
	治療中の傷病・既往症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	⇒ <input type="checkbox"/> 有の場合病名: 時期: 年 月頃~ 年 月頃まで 通院頻度: 経過等:
施設等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがあれば記入してください。	

