

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書（兼施設利用申請書）

白老町長 様

個人番号の欄には、マイナンバーカードまたは通知カードに記載された12桁の番号を記入してください。

保育の利用を希望する場合「有」に○
幼稚園の利用を希望する場合「無」に○

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します。

			申請日	令和 年 月 日		
申請者	ふりがな	しらおい たらう		居住地	白老町東町4丁目5番6号	
	氏名	白 老 太 郎				
申請児童	連絡先	① 父携帯 000-0000-0000	② 母携帯 000-0000-0000	自宅・ほか（ ） 85-2021		
	ふりがな	しらおい いちろう		生年月日	性別	続柄
	氏名	白 老 一 郎		H29年 4月 10日	男・女	子
		個人番号		123456123456		
保育の希望 (利用区分の希望)	有	<input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間利用（1日8時間までの利用） <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用（1日11時間までの利用）				
	無	<input type="checkbox"/> 教育標準時間利用（幼稚園、認定こども園の幼稚園利用を希望）				
支給認定証の 交付の希望	<input type="checkbox"/> 支給認定証の交付を希望します。 * 交付を希望しない方には「支給認定通知書」により認定内容を通知します。					

①世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先・ 学校名等	町民税課 税の有無	個人番号
申請児童の 同居者	しらおい たらう 白 老 太 郎	父	S63年 8月 20日	男・女	株〇〇〇	有・無	234567234567
	しらおい はなこ 白 老 花 子	母	H2年 3月 3日	男・女		有・無	345678345678
	しらおい はる 白 老 春	姉	H24年 3月 20日	男・女	〇〇小学校	有・無	456789456789
			年 月 日	男・女		有・無	
		<input type="checkbox"/> 標準時間認定に該当する場合でも <input type="checkbox"/> 短時間利用を選択することが可能です					
前年1月1日現在の住所	白老町・白老町以外（ 苫小牧市 ）						

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・曜日・時間	令和4年 4月 1日から 年 月 日 まで			
	月・火・水・木・金・土	9時00分～16時00分		
利用を希望する 施設・希望理由	第1希望	〇〇保育園	(希望理由) 保育方針に共感したため	事業所番号
	第2希望	△△幼稚園	(希望理由) 勤務先から近いため	事業所番号
	第3希望	□□保育園	(希望理由) 自宅から近いため	事業所番号

保育の利用を希望する方のみ記入してください。

保育の利用を希望する方のみ記入してください。

保育を必要とする理由に☑し、具体的な状況を記入してください。

③保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を希望する理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労【勤務先：(株)〇〇〇 就労時間：週 6日、1日 8時間】 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産【出産（予定）日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日／週・月】 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児継続利用	
母	<input type="checkbox"/> 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産【出産（予定）日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日／週・月】 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児継続利用		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯（ 年 月 日開始） <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者がいる世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		

④申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有（ ）
アレルギー情報	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（ 卵 ） 診断を受けている 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他（ ） 主な症状（ ）
健診での指導事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有（ ）

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

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地方税関係情報を取得すること及び住民基本台帳を閲覧すること、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

白老 太郎

印

保護者氏名

白老 花子

印

この申請書に記載した事項に変更があったときは、【支給認定変更申請】が必要です。

.....（保護者の記入はここまでです）.....

利用者負担額(保育料)の決定に必要な事項です。
記載内容を確認のうえ、記名押印してください。

診断を受けている方で、除去食が必要な場合は、
食物アレルギー対応食申込書の提出が必要です。

保育を必要とする理由により提出する書類が異なります。

保育を必要とする理由	提出書類	
・就労 会社員・自営業等	就労証明書	<input type="checkbox"/>
・妊娠出産	母子手帳	<input type="checkbox"/>
・疾病	診断書・入院計画書等	<input type="checkbox"/>
・障がい	障がい者手帳	<input type="checkbox"/>
・介護	介護保険被保険者証 障がい者手帳等	<input type="checkbox"/>
・求職活動（起業準備含む）	求職活動・起業準備状況証明書兼誓約書	<input type="checkbox"/>
・就学	在学証明書等	<input type="checkbox"/>
・育児継続利用	就労証明書 ◆産休・育休取得者欄	<input type="checkbox"/>