

保育所入所申込書兼施設型給付費・地域型給付費支給認定申請書

東吾妻町長 あて

平成 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかかる支給認定を申請します。

申請児童	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	保護者との 続柄	認定者番号 *市町村記載欄
		年 月 日	男・女		
保護者	①	年 月 日	電話番号 (自宅)		
	住所: 東吾妻町大字		父携帯		
	行政区:		母携帯		
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、保育所において保育の利用を希望する場合				
	無 : 幼稚園の利用を希望する場合				

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況(就労時間・日数等や疾病の状況)
	父	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )			

②世帯の状況 \*個人番号については、児童以外について記入願います。

ひとり親世帯等の適用の有無		無・有 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 )					
生活保護の適用の有無		無・有 (平成 年 月 日保護開始)					
区分	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	児童との 続柄	職業又は 学校名等	町民税課税 の有無	個人番号
児童の 世帯員		年 月 日	男・女			有・無	
		年 月 日	男・女			有・無	
		年 月 日	男・女			有・無	
		年 月 日	男・女			有・無	
		年 月 日	男・女			有・無	
		年 月 日	男・女			有・無	
		年 月 日	男・女			有・無	

③祖父母の状況

		同居・別居の別	氏名	年齢	住所(同居の場合は記入不要)	職業
父方	祖父	同居・別居・他				
	祖母	同居・別居・他				
母方	祖父	同居・別居・他				
	祖母	同居・別居・他				

④申請児童の状況

集団生活の経験	無・有（期間：平成 年 月 ～ 平成 年 月） （施設名）
障害者手帳の情報	無・有（身体障害者手帳、療育手帳、その他） 等級等（ ） 障害名（ ）
アレルギー情報	無・有（ ） ※医師による食事制限の有無（ 無 ・ 有 / ）
その他児童の健康状況 （病気の経験がある場合記入）	<input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心疾患等 <input type="checkbox"/> アトピー （主な症状 ）
通院・入院の有無	【通院】 無 ・ 有（内容 ） 【入院】 無 ・ 有（内容 ）
健診の受診状況	<input type="checkbox"/> 4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診
健診での指摘事項	無 ・ 有（ ） ※保護者の方で気になること（ ）
子育て関係機関への相談	無 ・ 有（保健センター ・ 児童相談所 ・ その他（ ）） 相談内容（ ）
現在の保育の状況	父・母（産休育休・求職中・その他） 祖父母（父方・母方） 施設（施設名 ）

⑤利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
利用を希望する施設名	第1希望	（希望理由）
	第2希望	（希望理由）

⑥土曜保育の希望の有無

有 ・ 無
-------

⑦税情報等の提供にあたっての署名欄

市町村が、施設型給付費、地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯員を含む）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)

※市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

認定の可否	認定者番号	認定区分
可 ・ 否 （否とする理由） 平成 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 ）
利用（支給）期間	入所の可否	入所施設名
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	可 ・ 否 （否とする理由）	