

支給認定申請書(現況届) 兼 保育利用申込書



新郷村長

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定(現況)を申請(届け出)し、併せて、保育所等施設利用を申込みします。
 なお、村が施設型給付・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)及び世帯情報閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額(保育料)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。
 また、支給認定申請の結果については、4月からの利用に関する認定・利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日を超えて結果の通知を受けることに同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名

⑨

申請児童	ふりがな			生年月日	性別	障害者手帳の有無
	氏名			平成 年 月 日 4月1日現在の年齢 (歳)	男・女 個人番号	無・有
保護者 住所・連絡先	現住所	〒 新郷村大字 字				
	昨年1月1日 現在の住所	父	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と別()			
		母	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と別()			
	連絡先	自宅)	-	-	緊急時)	-
父携帯)		-	-	母携帯)	-	-
認定証番号	※交付されている場合は記入して下さい。					
保育の希望 の有無	<input type="checkbox"/> 有 (保護者の就労等により保育所、認定こども園(保育部分)等において保育の利用を希望)					
	<input type="checkbox"/> 無 (幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望)					
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 する曜日	月・火・水・木・金・土	利用希望時間	時 分から 時 分まで (時間 分)			
利用を希望 する施設名	施設名		希望理由		事業所番号	
	第1希望					
	第2希望					
	第3希望					

○ 保育の希望の有無について、「有」を選んだ場合は、下記の「保育を必要とする理由」欄をすべて記入して下さい。
 (「無」の場合は「保育を必要とする理由」欄の記入は不要です。)

保育を必要とする理由

保育を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動、起業準備等 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他() ※ 具体的な状況(勤務先、就労時間、疾病の状況等)を詳細に記入して下さい。
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動、起業準備等 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他() ※ 具体的な状況(勤務先、就労時間、疾病の状況等)を詳細に記入して下さい。
保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間希望(1日11時間まで) <input type="checkbox"/> 保育短時間希望(1日8時間まで) ※ 保育を必要とする事由が就労・介護・看護・就学等の場合、就労等の時間が120時間以上であつても、希望があれば保育短時間認定を受けることができます。	

世帯の状況

同居している者 (申請児童を除く)	氏名	児童との続柄	生計中心者に○	生年月日	性別	勤務先・学校名等	個人番号
	ふりがな	父		S H 年 月 日	男		
	ふりがな	母		S H 年 月 日	女		
	ふりがな			T S H 年 月 日			
	ふりがな			T S H 年 月 日			
	ふりがな			T S H 年 月 日			
	ふりがな			T S H 年 月 日			
	ふりがな			T S H 年 月 日			
	ふりがな			T S H 年 月 日			
	ふりがな			T S H 年 月 日			
生活保護の適用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日から)					
ひとり親世帯		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日から) 理由: 離婚 死別 その他()					
同居者の障害の有無等		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (児童との関係: 手帳 級 その他具体的に)					

祖父母の状況

		年齢	同居・別居の別	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

児童の状況

健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 持病有
治療中の傷病や既往症	(傷病名・通院の頻度・経過等、具体的に)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的な内容や対処方法をお知らせください。)
兄弟姉妹における順番	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降
健康保険における扶養者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
その他、施設利用に当たり気になること、伝えたいことがありましたら記入してください。	

* 施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名・連絡先	
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有 (契約・内定 (平成 年 月 日契約(内定))) <input type="checkbox"/> 無
備考	

* 村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日	
認定の可否	認定証番号	認定区分等
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"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由) { <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 }	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考		

❖ 本人確認 本人 代理人(委任状) 免許証 番号カード その他()