

(様式1)

施設型給付・地域型保育給付費等教育・保育給付支給認定請求書

(兼入所申込書)

令和 年 月 日

市川三郷町長 殿

記入例

次のとおり、申請します。

住 所	〒409-3601	令和5年1月1日の住所	
	市川三郷町 市川大門〇〇〇〇	町内・町外 (市・町)	
保護者氏名	市川 一雄 印	自宅 電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
		父 携帯電話	△△△-△△△△-△△△△
		母 携帯電話	□□□-□□□□-□□□□

(申込児童)

申請に係る小学校 就学前子ども	(ふりがな) いちかわ みさと	性別	生 年 月 日		障害者手帳 の有無
	市川 三郷		男	平成 2年 9月 10日	
認定番号	(既に認定を受けている場合記入)				
保育の希望の 有無(※)	有	保護者の就労又は疾病等の理由により、保育所等の利用を希望する場合(幼稚園等との含む。)			
	無	幼稚園 保育を希望する場合は有に〇をお願いします。			

令和6年4月1日時点の年齢を記入してください。

(※) 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

世帯の状況(申込児童を除く)

ふりがな 氏 名	申込み児童 との続柄	生 年 月 日	性 別	職業・勤務先又は学校名等	備 考
いちかわ かずお 市川 一雄	父	昭和〇〇年〇月〇日	男・女	自 学 業	
いちかわ ともこ 市川 智子	母	昭和〇〇年〇月〇日	男・女	(株)〇〇〇	
いちかわ いちろう 市川 一郎	兄	平成〇〇年〇月〇日	男・女	〇〇小学校	
いちかわ こういち 市川 幸一	祖父	昭和〇〇年〇月〇日	男・女	な し	
同居している方全員の記入をお願いします。					
下の欄は該当する場合のみ☑をしてください。					
生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用有	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 該 当	在宅障害者 (児)と同居	<input type="checkbox"/> 同居あり (氏名:)

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町・県民税の情報(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等について同意します。

記 名 押 印

保護者氏名 : _____ 印

利用を希望する施設(事業者)、希望期間、希望利用時間等

利用を希望する施設(事業者)名		希 望 理 由	
第1希望	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; display: inline-block;"> 第3希望まで記入をお願いします。 </div>		
第2希望			
第3希望	希望期間が決まっている場合は年月日を記入してください。小学校就学前まで利用予定の場合は小学校就学前の口欄に☑をしてください。		希望する保育認定の時間にチェックをしてください。
希望期間	令和 5年 4月 1日 から 令和 年 月 日 まで、または☑小学校就学前まで	希望する保育認定	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間
希望する利用曜日		希望する利用時間	
(月)・(火)・(水)・(木)・(金)・土		8時 30分 から 17時 00分	

保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・傷病 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復興 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 虐待
保育を必要とする理由に当てはまるものにチェックをしてください。		

※保育の利用を必要とする理由を証する書類を添付してください。

※保育の利用を必要とする理由が【求職活動】の場合は【保育認定期間が3ヵ月】となります。

※自営業の場合は、申告書のコピー・事業所が確認できる書類等が必要となります。

※内職については、収入がわかる書類が必要となります。

※ 町 記 入 欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 年 月 日 認定 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
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 】	自 年 月 日 至 年 月 日	
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"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <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		

※施設記入欄(施設(事業者を経由して町に提出する場合)

受付年月日			
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	有 (契約・内定 (令和 年 月 日)) ・ 無		
備考			