様式第1号（第3条関係）

　支給認定申請書（施設型給付費・地域型保育給付費等）

国見町長　様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

また、この申請書等及び添付書類の写しを利用施設に送付すること、並びに町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、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  （**申請者**） | ふりがな | | | |  | | | | | | | | | 申請（届出）日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | | | | 申請者連絡先 | 自　　　宅：　　　　　－　　　　　－  携帯電話：　　　　　－　　　　　－ | | |
| 保護者現住所 | 国見町 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和５年1月1日  現在の住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る  小学校就学前  子ども | ふりがな | | | |  | | | | | | | | | 障がい者手帳等の有無 | 有 無 | 身体障害者手帳　　　　　 （　　　　　 　　）級  療育手帳　　　　　　 　　（　Ａ　・　Ｂ　）  特別児童扶養手当証書　 （　　　　　　　）級  精神障害者保健福祉手帳（　　　 　　 ）級 | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日・性別 | Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　　　　日 | | 男・女 |
| 保育の希望  の有無  （いずれかに〇） | 有 | | | | **←保育所の利用を希望（２号認定、３号認定）** | | | | | | | | | | | | |
| 無 | | | | **←幼稚園（預かり保育を含む）の利用を希望（１号認定）** | | | | | | | | | | | | |

※他市町村の認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育の利用を希望する場合は「有」を、認定こども園（教育部分）の利用を希望する場合は「無」を〇で囲んでください。

①　世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | （ふりがな）  氏　　名  個人番号 | | | | | | | | | | | | 児童との続柄 | 生年月日 | 性別 | 勤務先・学校名等 |
| 児童の同居家族・生計を一にする家族 |  | | | | | | | | | | | |  | T S | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H R　　　　年　　　月　　 日 |
|  | | | | | | | | | | | |  | T S | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H R　　　　年　　 月　　 日 |
|  | | | | | | | | | | | |  | T S | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H R　　　　年　　　月　　　日 |
|  | | | | | | | | | | | |  | T S | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H R　　　　年　　　月　　　日 |
|  | | | | | | | | | | | |  | T S | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H R　　　　年　　　月　　　日 |
|  | | | | | | | | | | | |  | T S | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H R　　　　年　　　月　　　日 |
|  | | | | | | | | | | | |  | T S | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H R　　　　年　　　月　　　日 |

**（裏面もご記入ください）**

②　家庭の状況（当てはまるものに☑を入れ記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| ひとり親家庭及びそれに類する状況 | □該当なし　□該当あり【□離婚　□死別　□婚姻歴なし　□その他（　　　　　　　　　　）】 |
| 生活保護・里親委託の適用の有無 | □適用なし　□適用あり（□生活保護　□里親委託（H.R 　年　　　月　　　日開始）） |
| 在宅障がい児(者)の該当 | □該当なし　□該当あり【□子ども本人　□子ども本人以外　該当者（　　　　　　　　　　）】 |

③　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 | 令和　　　年　　　月　　　日 から　令和　　　　年　　　月　　　日まで |
| 利用を希望する施設  （いずれかに○） | くにみ幼稚園　　　　　藤田保育所　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

④　保育の利用を必要とする理由等　**※保育所を利用する場合のみ記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用  を必要と  する理由  （当てはまるものに〇） | 続柄 | 必要とする理由 | |
| 父 | 就労　 　　 　疾病・障害　　　　　介護・看護　　　　災害復旧  求職活動　　　　　就学　　　育児休業中の継続利用  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 母 | 就労　 　　 妊娠･出産　 　　疾病･障害　　　介護・看護　　　災害復旧  求職活動　　　　就学　　　　育児休業中の継続利用  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 希望する  利用・時間 | 曜日（希望曜日に〇） | | 利用時間 |
| 月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土 | | 時　　　分から　　　　時　　　分まで |

---------------------------【記入はここまで（以下、受付記入欄）】-------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 個人番号の記載 | □あり　　□なし |
| 1. 身元確認書類 | □個人番号カード　□顔写真付き身分証明書（運転免許証等）  □その他書類２つ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 番号確認書類 | □個人番号カード　□通知カード　□個人番号が記載された住民票等 |