

施設型給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定申請書

浪江町長

年 月 日

次のとおり、施設型給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定を申請します。

保護者	ふりがな		生年月日	年 月 日	職業	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> 自営業
	氏名					<input type="checkbox"/> 公務員	<input type="checkbox"/> 無職
	住所	〒					
	連絡先	自宅：	携帯電話：				
子ども	ふりがな		生年月日	年 月 日	男・女	続柄	<input type="checkbox"/>
	氏名						<input type="checkbox"/>
	住所	〒					
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	個人番号			
避難先住所	〒						

1. 認定を受けようとする支給認定区分や希望する施設名称等

認定区分	<input type="checkbox"/> 1号認定	施設名称	
	<input type="checkbox"/> 2号認定		
	<input type="checkbox"/> 3号認定		

- ・1号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当しない場合
- ・2号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当する場合
- ・3号認定…満3歳未満で「保育の必要な事由」に該当する場合

2号認定、3号認定希望の方は
裏面にも記入してください。

利用希望期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
--------	----------	----------

2. 世帯等の構成

世帯等の構成 (上記のお子さまを除く)	ふりがな 氏名 個人番号	子どもとの続柄	生年月日	勤務先・学校名等	障害者手帳
					<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 有

生活保護法適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用無し	<input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日 保護開始)
ひとり親家庭及びそれに類する状況にある場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	

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

(印)

3. 施設等の利用希望時間（2号、3号認定を希望する方は記入してください。）

保育短時間利用（8時間まで）保育標準時間利用（11時間まで）

4. 保護者の方の状況

保護者の続柄											
保育が必要な事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
「保育が必要な事由」に該当する箇所の具体的な状況を記入してください。											
就労の状況	形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定					
	場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外					
	時間	月	時	分から	時	分まで	月	時	分から	時	分まで
		火	時	分から	時	分まで	火	時	分から	時	分まで
		水	時	分から	時	分まで	水	時	分から	時	分まで
		木	時	分から	時	分まで	木	時	分から	時	分まで
		金	時	分から	時	分まで	金	時	分から	時	分まで
		土	時	分から	時	分まで	土	時	分から	時	分まで
		日	時	分から	時	分まで	日	時	分から	時	分まで
1ヶ月あたり 時間					1ヶ月あたり 時間						
往復の通勤時間	時間 分				時間 分						
休業中の場合	事由（ ） 期間 年 月から 年 月まで				事由（ ） 期間 年 月から 年 月まで						
妊娠・出産の状況	出産予定日 年 月 日 出産後の予定（ ）				出産予定日 年 月 日 出産後の予定（ ）						
疾病・障がいの状況	疾病	病名（ ） 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)				病名（ ） 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)					
	障がい	<input type="checkbox"/> 身障（ 級） <input type="checkbox"/> 精神保健（ 級） <input type="checkbox"/> 療育（ A · B ）				<input type="checkbox"/> 身障（ 級） <input type="checkbox"/> 精神保健（ 級） <input type="checkbox"/> 療育（ A · B ）					
介護の状況		氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 · 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回(1回平均 時間)				氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 · 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回(1回平均 時間)					
求職の状況		<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 具体的な活動内容（ ）				<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 具体的な活動内容（ ）					
就学の状況		学校名 所在地				学校名 所在地					
その他の状況											

市町村記入欄（ここから下は記入しないでください）**

認定番号										
認定区分		認定期間				認定日				
号（短・標準）		年	月	日～	年	月	日	年	月	日
号（短・標準）		年	月	日～	年	月	日	年	月	日
号（短・標準）		年	月	日～	年	月	日	年	月	日
備考										

記入例

給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定

提出年月日

年 月 日

次のとおり、施設型給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定を申請します。

保護者	ふりがな 氏名	なみえ たろう 浪江 太郎	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日	職業	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	〒 979-1513 浪江町大字 幾世橋字六反田7番地2				
	連絡先	自宅： 024-XXXX-XXXX 保護者と同じ場合は“同上”				
子ども	ふりがな 氏名	なみえ かもめ 浪江 かもめ	生年月日	年 月 日	男・女	続柄 子
	住所	〒 979-1513 浪江町大字 同上				
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 2		

避難先住所	〒 979-1513 浪江町大字幾世橋
1. 認定を受けようとする支給認定区分	
認定区分	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input checked="" type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定
認定区分については案内の中に記載されていますので、そちらをご覧になり希望する認定区分にチェックを入れて下さい。なお、保護者の方の状況により希望した区分が認定されない場合もあります。	
<ul style="list-style-type: none"> 1号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当しない場合 2号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当する場合 3号認定…満3歳未満で「保育の必要な事由」に該当する場合 	
利用希望期間	令和8年4月1日から 令和〇年3月31日まで

世帯等の構成（上記のお子さまを除く）	ふりがな 氏名 個人番号	生年月日	勤務先・学校名等	障害者手帳
	なみえ たろう 浪江 太郎	△年△月△日	株式会社なみえ	<input type="checkbox"/> 有
	1 2 3			
	2 3			
	3 4			
浪江 こすもす	姉	△年△月△日	なみえ創成小学校	<input type="checkbox"/> 有
4 5 6 7 8 9 1 0 1 2 3 4	明 大 昭 平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
世帯の方の個人番号も必ずご記入ください。				
生活保護法適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日 保護開始)			
ひとり親家庭及びそれに類する状況にある場合の理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 土低 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> その他 ()				

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情報を提出すること、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掲示する旨に同意します。

押印お忘れなく！

保護者

浪江 太郎

浪江

3. 施設等の利用希望時間（2号、3号認定を希望する方は記入してください。）

保育短時間利用（8時間まで）

保育標準時間利用（11時間まで）

4. 保護者の方の状況

保護者の続柄	父		母			
保育が必要な事由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他（ 「保育が必要な事由」欄に記入） 保育を希望する時間が8時間までの方は「短時間」、8時間を超える場合は「標準時間」の方にチェックを入れて		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 学			
形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定		<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定			
場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外			
就労の状況	時間	月 8時30分 から 11時15分 まで 火 時 分 から 時 分 まで 水 時 分 から 時 分 まで 木 時 分 から 時 分 まで 金 時 分 から 時 分 まで 土 時 分 から 時 分 まで 日 時 分 から 時 分 まで 1ヶ月あたり 200 時間		月 9時00分 から 17時00分 まで 火 時 分 から 時 分 まで 水 時 分 から 時 分 まで 木 時 分 から 時 分 まで 金 時 分 から 時 分 まで 土 時 分 から 時 分 まで 日 時 分 から 時 分 まで 1ヶ月あたり 140 時間		
	往復の通勤時間	1時間 00分		時間 30 分		
	休業中の場合	事由（ 期間 年 月 該当するところに 月から 年 月まで				
	妊娠・出産の状況	出産予定日 出産後の予定（		記入またはチェックをお願いします。		
	疾病・障がいの状況	疾病	病名（ 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 （1回の診療時間 平均 時間）		病名（ 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 （1回の診療時間 平均 時間）	
		障がい	<input type="checkbox"/> 身障（ 級） <input type="checkbox"/> 精神保健（ 級） <input type="checkbox"/> 療育（ A · B ）		<input type="checkbox"/> 身障（ 級） <input type="checkbox"/> 精神保健（ 級） <input type="checkbox"/> 療育（ A · B ）	
	介護の状況		氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 · 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回（1回平均 時間）		氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 · 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回（1回平均 時間）	
求職の状況		<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 具体的な活動内容（ ）		<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 具体的な活動内容（ ）		
就学の状況		学校名 所在地		学校名 所在地		
その他の状況						

市町村記入欄（ここから下は記入しないでください）**

認定番号			
認定区分	認定期間		認定日
号（短・標準）	年 月 日～	年 月 日	年 月 日
	年 月 日～	年 月 日	年 月 日
号（短・標準）	年 月 日～	年 月 日	年 月 日
備考			