

# 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 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (            )													
	氏名																		
	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													
	氏名																		
	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 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定	施設名称	
・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 の続柄	生年月日	勤務先・学校名等	障害者 手帳
				年 月 日	
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

生活保護法適用の有無    適用無し    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    離婚   死別   未婚   生死不明   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 \_\_\_\_\_

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
		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		時間		1ヶ月あたり		
往復の通勤時間	時間		分		時間	
往復の通勤時間	時間		分		時間	
休業中の場合	事由（ ）		事由（ ）		事由（ ）	
休業中の場合	期間 年 月から 年 月まで		期間 年 月から 年 月まで		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		出産予定日 年 月 日		出産予定日 年 月 日	
妊娠・出産の状況	出産後の予定（ ）		出産後の予定（ ）		出産後の予定（ ）	
疾病・障がいの状況	疾病	病名（ ）		病名（ ）		
	疾病	入院期間 年 月から 年 月まで		入院期間 年 月から 年 月まで		
疾病・障がいの状況	疾病	通院 1週間に 回		通院 1週間に 回		
疾病・障がいの状況	障がい	（1回の診療時間 平均 時間）		（1回の診療時間 平均 時間）		
疾病・障がいの状況	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（ ）		氏名（ ）続柄（ ）		氏名（ ）続柄（ ）	
	場所（ 入院 ・ 在宅 ）		場所（ 入院 ・ 在宅 ）		場所（ 入院 ・ 在宅 ）	
介護の状況	期間 年 月から 年 月まで		期間 年 月から 年 月まで		期間 年 月から 年 月まで	
	付添 1週間に 回（1回平均 時間）		付添 1週間に 回（1回平均 時間）		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（ ）		<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		学校名		学校名	
就学の状況	所在地		所在地		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		