

支給認定申請書（入園申込書）

記入例

那珂川町長 様

署名・押印

提出日：令和2年10月10日

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。

保護者	氏名	那珂川 太郎	生年月日	昭和00年0月0日生			
	住所	那珂川町馬頭555	TEL	自宅	0287-92-0000		
				携帯	090-0000-0000		
申請児童	ふりがな 氏名	個人番号	0000-0000-0000				
	なかがわ あゆのすけ 那珂川 結之助	性別	生年月日	保護者との続柄			
		男・女	平成 令和	00年00月00日生		子	

1. 保育の希望等

児童のマイナンバー記入

保育の希望	<input type="checkbox"/> 無：保育の利用を希望しない（1号認定）					
	<input checked="" type="checkbox"/> 有：保育の利用を希望する（2号認定・3号認定）→該当する理由を記入					
	続柄	保育を必要とする理由				
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧	
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他	

※ 保育を必要とする理由に応じた添付書類を提出してください。

同居する世帯員(65歳未満)について記入
※それぞれマイナンバーも記入

保育の希望「有」の場合のみ記入

2. 世帯の状況（申請児童を除く）

氏名	性別	生年月日	児童との続柄	職業（勤務先） 又は学校名等
那珂川 太郎 【個人番号】1111-1111-1111	男・女	S00年00月00日生	父	(株)〇〇建設
那珂川 花子 【個人番号】2222-2222-2222	男・女	S00年00月00日生	母	(有)△△産業
那珂川 鮎雄 【個人番号】3333-3333-3333	男・女	H00年00月00日生	兄	馬頭小学校〇年生
那珂川 鯉子 【個人番号】4444-4444-4444	男・女	H00年00月00日生	姉	ひばり認定こども園〇歳児
那珂川 保男 【個人番号】5555-5555-5555	男・女	S00年00月00日生	祖父	無職
那珂川 教子 【個人番号】6666-6666-6666	男・女	S00年00月00日生	祖母	(有)□□商店

生活保護	<input type="checkbox"/> 該当（保護開始日： 年 月 日）	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当
在宅障害児(者)	<input checked="" type="checkbox"/> 有（氏名：那珂川 保男 等級など： 身体障害者2級）	<input type="checkbox"/> 無

※ 保育の希望で「有」にチェックした場合は、保護者を除く世帯員（65歳未満）の状況が分かる添付書類（就労証明書等）を提出してください。

3. 利用を希望する期間

どちらかをチェック

下段をチェックしたら日付を記入

利用を希望する期間	令和 3 年 4 月 1 日 から	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 まで
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
利用を希望する曜日・時間	曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土	時間 8 時 00 分 ~ 19 時 00 分
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	希望理由
	第2希望	希望理由
	第3希望	希望理由
	第4希望	希望理由

利用希望順に記入(理由も)

該当する項目にチェック、記入

4. 申請児童の情報

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父母 【産休育休・求職中・その他】 <input checked="" type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 施設 (幼稚園・保育園等) 【施設名:】
障害者手帳の情報	<input type="checkbox"/> 有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) <input checked="" type="checkbox"/> 無
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無
その他特記事項	

5. 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。

保護者氏名 **那珂川 太郎** (印)

記入不要

署名・押印

※施設記載欄(私立幼稚園等を町に提出する場合)

受付年月日	令和 月 日
施設名	
担当者	(担当者名) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有 (令和 年 月 日 契約・内定) <input type="checkbox"/> 無
備考	