

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

平成 年 月 日

保護者氏名

印

八丈町長 殿

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。

申請に係る 小学校就学前 の子ども	氏名	生年月日	性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
保護者	(現住所)			(生年月日)	
				昭・平 年 月 日	
	(電話番号)		(緊急時連絡先)		

①保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用 を必要とす る理由		<input 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 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数や疾病の状況など）や、その他の内容を記入	
		<input 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 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数や疾病の状況など）や、その他の内容を記入	

②世帯の状況

ひとり親世帯等の有無		非該当・該当（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児（者）のいる世帯）					
生活保護の適用の有無		非該当・該当（平成 年 月 日保護開始）					
区分	氏名	生年月日	性別	児童と の続柄	職 業 又は 学校名等	同居・別居の別 (*1)	備考
児 童 の 世 帯 員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			同居・別居	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			同居・別居	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			同居・別居	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			同居・別居	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			同居・別居	

(*1)同居か別居か該当する方に○を付けてください。

④利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
希望する 利用曜日・時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分 から	時 分 まで
利用を希望する 施設名	施設名・希望理由			
	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)		

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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、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 印

*市町村記載欄

受付年月日 平成 年 月 日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (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)
平成 年 月 日 認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 平成 年 月 日
〔 <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 〕		至 平成 年 月 日
入所施設名		
〔 〕		
備 考		