

支給認定(現況届)申請書 兼 入所(園)申込書  
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

平泉町長 様

令和 年 月 日

保護者氏名 印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	ふりがな	生年月日	性別	障害者手帳 療養手帳の有無
	氏名			
	個人番号(12桁)			
	平成 令和 年 月 日生	男・女	有・無	
保護者 住所・連絡先	現住所: 〒 平泉 平泉町 長島 字 電話番号			
認定証番号(※1)				
保育の希望の 有無(※2)	有 :	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願の場合を含む)		
	無 :	幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等と併願の場合を除く)		

※1 既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。  
 ※2 ・「保育所等」とは、保育所、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、事業所内保育をいいます。  
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。  
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入して下さい。

① 利用を希望する期間、希望する施設(事業所)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(事業所)名	施設(事業所)名	希望理由
	第1	
	第2	
	第3	

②世帯の状況(同居の世帯員)

区分	ふりがな	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称	障がい者手帳
	氏名					
児童の世帯員			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
			S・H・R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> あり
生活保護の適用の有無		無 ・ 有				

③ 保育の利用を必要とする理由等

※表面の「保育の希望の有無」で「有」を○で囲んだ場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由(※3)	続柄	必要とする理由	就労の場合、勤務時間						
	父	<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他( )	時 分～ 時 分						
	母	<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他( )	時 分～ 時 分						
家族の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外								
希望する利用時間等	利用曜日(※4)					利用時間			
	月	火	水	木	金	土	時	分から	時

※3 保育の利用が必要なことを証する書類を添付してください。

※4 利用を希望する曜日を○で囲んでください。

④ 税情報等の提供にあたっての署名欄

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。

保護者氏名

Ⓢ

備考

【記入はここまで】

\*町記載欄

受付年月日	令和 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"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
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:令和 年 月 日	
		至:令和 年 月 日	
入所施設(事業所)名			
備考			

\*施設記載欄(施設(事業所)を経由して町に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設(事業所)名	(事業所番号: )
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有 【契約(令和 年 月 日)・内定(令和 年 月 日)】 ・ 無
備考	

(裏面)