

様式第1号(第6条、第10条、第11条、第14条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

京極町長 様

	※町記入欄
--	-------

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。

		申請日	年 月 日	
保護者	ふりがな		住所 京極町字	
	氏名			
	TEL		ひとり親世帯	該当なし 該当あり
申請児童	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日	性別	男・女
認定者番号	※すでに支給認定を受けている場合に記入してください。		障害者手帳	有・無

1.世帯の状況(入所申請と同時に提出の場合は記入不要)

申込児童以外の同居家族	ふりがな 氏名	申請児童との続柄	生年月日	性別	勤務先・学校等	備考	
			T・S H・R	. .	男・女		
			T・S H・R	. .	男・女		
			T・S H・R	. .	男・女		
			T・S H・R	. .	男・女		
			T・S H・R	. .	男・女		
生活保護の状況		受けていない 受けている					

2.施設の利用について

利用希望施設名	①	②	利用希望曜日
利用希望時間	時 分から	時 分まで	月・火・水・木・金・土

3.保育の希望の有無等について

保育の希望の有無 (どちらかに○)	有	保護者の労働また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)…2号・3号認定
	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号認定
保護者の日中の状況 (保育の希望が「有」の場合)	続柄 (父・母)	保育の利用を必要とする理由(□に✓)
		<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・DVのおそれ <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のおそれ <input type="checkbox"/> その他( )

4.個人情報に関する署名欄

京極町が教育・保育の必要性認定や施設入所のために必要な町民税の情報(同一世帯を含む)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、保育・特定教育施設等に対して提示すること、また、支給認定申請の結果について、認定事務及び利用調整事務が集中し審査に時間を要する際には、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。	
保護者氏名	Ⓢ