

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

令和 年 月 日

阿武町長様

(ふりがな)
保護者氏名

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の申請(現況届)及び施設(事業)の利用の申込をします。

申請に係る子ども	(ふりがな) 氏名	個人番号	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(第 子)		年 月 日	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 阿武町大字 (行政区) (連絡先) 自宅： - - 携帯()： - -				
認定番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。				
保育の希望の有無(※)	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)				

(※)

- ・「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。(以下同じ)
- ・「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に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	性別	個人番号	生年月日	職業 又は 学校名等	前年度 (当年度) 市町村民税 課税の有無	備考
子どもの世帯員			男・女		年 月 日生		有・無	
			男・女		年 月 日生		有・無	
			男・女		年 月 日生		有・無	
			男・女		年 月 日生		有・無	
			男・女		年 月 日生		有・無	
			男・女		年 月 日生		有・無	
			男・女		年 月 日生		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り (年 月 日保護開始)						

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望する期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)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)
通園車の利用希望	有(福賀便・宇田便)・無	福賀便：登園7時40分頃、降園17時頃 宇田便：登園8時頃、降園16時頃

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。
*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

※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に記入して下さい。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

* 市町村記載欄

*施設記載欄(施設(事業所)を經由して市町村に提出する場合)

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有 (契約 ・ 内定 (令和 年 月 日契約 (内定))) ・ 無
備 考	☐ 個人番号確認 ☐ 本人確認