支給認定申請書兼保育施設入所申込書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

徳之島町長　殿

次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定を申請します。

　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | | 生年月日 | | 性　別 | | 保護者  との続柄 | 兄弟姉妹  同時申込 |
| 申請児童 | （ふりがな） | | 年　月　日生 | | 男・女 | |  | 有：児童名（　　　　）  無 |
| 保護者 | （ふりがな）  氏名 | | | ※昼間連絡のとれる電話番号に○をつけてください。 | 電話番号  （自宅） | |  | |
| （住所） | | | 父携帯 | |  | |
| 母携帯 | |  | |
| 令和４年１月１日現在の住所　・町内　・町外 | | | | 令和５年１月１日現在の住所　・町内　・町外 | | | |
| 現在の  保育状況 | １ 自宅で保育（父・母）　２ 同伴就労（父・母）　３ 委託[親族（続柄　　）・知人]⇒保育場所（自宅・相手宅） | | | | | | | |
| ４ 保育所（　　　　　　　　）保育所　５ 認可外保育施設（　　　　　　　　）　６ その他（　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 利用できなかった場合の保育について　上記の番号より選択してください（　　　　） | | | | | | | |
| 幼稚園との併願申込 | | ・有　　申込園【　　　　　　】幼稚園 | | | | ・無 | | |

①保育の利用を必要とする理由等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備　考 |
| 父 | ☐就労　☐疾病・障害　☐介護等　☐災害復旧  ☐求職活動　☐就学　☐育児休業　☐その他  具体的な状況 |  |
| 母 | ☐就労　☐疾病・障害　☐介護等　☐災害復旧  ☐求職活動　☐就学　☐育児休業　☐その他  具体的な状況 |  |

②利用を希望する期間、希望する保育所名

|  |  |
| --- | --- |
| 利用を希望する期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 希望する保育場所 | 第１希望 |
| 第２希望 |
| 第３希望 |

③世帯の状況（申込児童を除く。）※学校名は令和５年４月の進級先（予定）です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親世帯等の適用の有無 | | | | | | | | 無　・　有 （☐ひとり親世帯　☐在宅障害児（者）のいる世帯） | | | | | | | |
| 生活保護の適用の有無 | | | | | | | | 無　・　有 （　　　　年　　月保護開始）※保護証明書が必要 | | | | | | | |
| 区分 | 続柄 | マイナンバー | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 勤務先名又は学校名等 |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 児童の世帯員 | 父 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　月　日生 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| 母 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　月　日生 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　月　日生 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　月　日生 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　月　日生 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　月　日生 |  |
|  | | | | | | | | | | | |

【マイナンバー確認（徳之島町記入欄）】

|  |  |
| --- | --- |
| マイナンバーの記載 | □有　　　　　　□無 |
| マイナンバーの確認 | □ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□通知ｶｰﾄﾞ　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ記載の住民票 |

④申請児童の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者手帳等の情報 | 無・有（身体障害者手帳、療育手帳、その他） |
| アレルギー情報 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他児童の健康状況  ※該当する場合に記入 | アトピー・ぜんそく・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  主な症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通院・入院の有無 | 【通院】無・有（病名：　　　　　　　　）【入院】無・有（病名：　　　　　　　　　） |

⑤祖父母の情報（死別等含めて不在の場合は空欄。65歳未満の場合は勤務先名まで記入。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 同居・別居の別 | 氏名 | 年齢 | 住所  (同居の場合は記入不用） | 勤務先 | 65歳未満の場合は就業できない理由 |
| 父方 | 同居・別居 |  |  |  |  |  |
| 同居・別居 |  |  |  |  |  |
| 母方 | 同居・別居 |  |  |  |  |  |
| 同居・別居 |  |  |  |  |  |

⑥兄弟姉妹での利用申込をしている場合

|  |  |
| --- | --- |
| 兄弟姉妹が別々の保育所等であれば利用できる場合、利用を希望するか。 | １ 別々でも利用する　２ 別々なら利用しない |

⑦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・地域型給付費等の支給認定に市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、及び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・保育施設等に提示することに同意します。

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印