

第1-1号様式（第5条、第16条関係）

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

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 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

第1-1号様式（第5条、第16条関係）

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（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児（者）のいる世帯）					
生活保護の適用の有無		無・有（ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日生	
	母	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日生	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日生	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日生	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日生	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
マイナンバーの確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の住民票

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（ <input type="text"/> ）
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（ <input type="text"/> ） 主な症状（ <input type="text"/> ）
通院・入院の有無	【通院】無・有（病名： <input type="text"/> ）【入院】無・有（病名： <input type="text"/> ）

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	同居・別居	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
母方	同居・別居	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	同居・別居	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 <input type="text"/> 印