

様式第2号 (第5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 兼 入所申込書

中山町長 様

令和 ○年 ○月 ○日

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及び入所を申請します。

また、町が支給認定に必要な町民税の情報（同一世帯の者の情報を含む）及び世帯情報を閲覧すること、また、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。

保護者住所	〒990-0000 中山町0000000番地		固定電話がない方は、自宅電話番号は記入不要です。 携帯電話番号は、固定電話がない方は記入必須ですが、固定電話がある方は記入は任意です。
保護者氏名	中山太郎		
自宅電話番号	023-0000-0000		
携帯電話番号	父 090-0000-0000	母 080-0000-0000	

1 申請に係る児童、利用希望施設等

第2希望がある方は、第2希望まで記入してください。

ふりがな	なか やま じ ろう				生年月日				性別	保護者との続柄			
児童氏名	中 山 二 郎				令和〇〇年 〇月 〇日				男・女	二男			
個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
入所希望施設	第1希望	〇〇〇〇〇〇〇園				(希望理由)							
	第2希望	〇〇〇〇〇〇〇園				(希望理由)							
年度途中入所の場合、慣らし保育の初日が入所日となります													
保育の実施を希望する期間等	令和〇年 4月 1日から ① 当該児童の就学前まで												
	② 年 月 日まで												
	利用希望日						利用時間						
月 曜日から 金 曜日まで 8時 00分から 17時 30分まで													
兄弟姉妹同時入所の方				兄弟姉妹施設での利用 可 ・ 不可									

2 申請児童の状況

障害者手帳の有無	無 ・ 有（身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳）
アレルギーの有無	無 ・ 有（ そば ）
その他特記事項	無 ・ 有（ 喘息 ）

父、母、兄弟姉妹、祖父母、曾祖父母、おじ・おば等の順に記入してください。

3 世帯の状況

	氏名	児童との 続柄	生年月日	個人番号	職業・学校名
入所児童の世帯員 (入所児童を除く)	(ふりがな) なかやま たろう 中山 太郎	父	昭和○年 ○月 ○日	○○○○ ○○○○ ○○○○	会社員
	(ふりがな) なかやま はなこ 中山 花子	母	平成○年 ○月 ○日	○○○○ ○○○○ ○○○○	看護師
	(ふりがな) なかやま ちろう 中山 一郎	兄	平成○年 ○月 ○日	○○○○ ○○○○ ○○○○	〇〇小学校
	(ふりがな) なかやま ももこ 中山 桃子	姉	平成○年 ○月 ○日	○○○○ ○○○○ ○○○○	〇〇幼稚園
	(ふりがな) なかやま たいち 中山 太一	祖父	昭和○年 ○月 ○日	○○○○ ○○○○ ○○○○	団体職員
	(ふりがな) なかやま うめこ 中山 梅子	祖母	昭和○年 ○月 ○日	○○○○ ○○○○ ○○○○	パート
生活保護適用の有無		非該当 ・ 該当 (年 月 日保護開始)			
ひとり親世帯該当の有無		非該当 ・ 該当			

あてはまる理由にのみ「レ」を記入してください。複数該当する場合は、あてはまるものすべてに「レ」を記入してください。

4 保育の実施を必要とする理由（当てはまる理由に「レ」を付し、具体的状況を記入してください。）

	理由	具体的状況
父	☒ 就労	① 居宅外労働（農業・自営業を含む） 就労時間 月 160 時間 育児休業中の場合：復職予定日 年 月 日 2 内職 就労時間 月 時間
	☒ 疾病・障がい	疾病・障がい名（ 脳梗塞 ） 1 入院中（ 年 月 日から 年 月 日まで（予定）） ② 通院中（月 回・週 2 回） 3 自宅療養（具体的病状： ） 4 障がい・介護認定の状況 （身体 級、精神 級、療育 A・B、要介護 ）
	☒ 親族の介護	被介護者氏名 中山 竹子 保護者との続柄 母 ① 通院付添（月 回・週 3 回） 2 病院・施設等送迎（月 回・週 回） ③ 自宅介護
	☒ 災害復旧	被災の状況（ 自宅が風害に遭った ） 復旧見込み時期（ 〇年 〇月）
	☒ 求職活動	① 就労内定（ 〇年 〇月 〇日から） 勤務先（ ） 2 求職活動中（ハローワークカード 有 ・ 無 ）
	☒ 就学	学校名（ 学校法人〇〇学園〇〇専門学校 ） 就学期間（ 〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日まで） 就学のための外出している時間 月 140 時間
	☐ その他	具体的状況（ ）
母	☒ 就労	① 居宅外労働（農業・自営業を含む） 就労時間 月 120 時間 育児休業中の場合：復職予定日 〇年 〇月 〇日 2 内職 就労時間 月 時間
	☒ 妊娠・出産	1 出産予定（出産予定日 年 月 日） （単胎 ・ 多胎（ 人）） ② 出産後間もない（出産日 〇年 〇月 〇日）
	☐ 疾病・障がい	疾病・障がい名（ ） 1 入院中（ 年 月 日から 年 月 日まで（予定）） 2 通院中（月 回・週 回） 3 自宅療養（具体的病状： ） 4 障がい・介護認定の状況 （身体 級、精神 級、療育 A・B、要介護 ）
	☐ 親族の介護	被介護者氏名 保護者との続柄 1 通院付添（月 回・週 回） 2 病院・施設等送迎（月 回・週 回） 3 自宅介護
	☐ 災害復旧	被災の状況（ ） 復旧見込み時期（ 年 月）
	☐ 求職活動	1 就労内定（ 年 月 日から） 勤務先（ ） 2 求職活動中（ハローワークカード 有 ・ 無 ）
	☐ 就学	学校名（ ） 就学期間（ 年 月 日～ 年 月 日まで） 就学のための外出している時間 月 時間
	☐ その他	具体的状況（ ）

育児休業中の場合でも、育児休業を取得していない場合の就労時間を記入してください。