

施設型給付費等 支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名

片品村長 様

次のとおり、施設型給付費等に係る支給認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 (ふりがな)	生年月日 年 月 日	性別 男 ・ 女	障害手帳の有無 有 ・ 無
保護者住所 連絡先	(住所) (連絡先)			
認定者番号	既に認定者番号を取得されている方はご記入下さい。			
保育希望	有り 無し			

①世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名	前年度分(当 年度分)村民 税課税の有 無	備考
児童の 世帯員	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)			男 ・ 女		有 ・ 無	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用あり(年 月 日)					

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	年 月 日～ 年 月 日まで	備考
利用を希望する施設名	第一希望 (希望理由)	
	第二希望 (希望理由)	

③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		
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他()		
		(勤務先)	(週勤務数) 日	(月単位労働時間) 時間
		曜日から 曜日まで	(就労時間) 時 分～ 時 分まで	備考
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他()		
		(勤務先)	(週勤務数) 日	(月単位労働時間) 時間
家庭の状況		☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 左記以外 ()		
	希望利用時間	曜日から 曜日まで	時 分から 時 分まで	
希望利用保育	保育短時間(8時30分～16時)	保育標準時間(7時30分～18時30分)		

④税情報等の提供にあたっての署名欄

村が施設型給付費の支給認定に必要な村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。その情報に基づき決定した利用者負担額について、保育施設等に対し提示することに同意します。

保護者氏名

* 片品村記載欄 受付年月日 年 月 日

認定の可否 ☐ 可 ・ ☐ 否	認定者番号	認定区分等 ☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
年 月 日認定	(否とする理由)	☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型
支給(入所) ☐ 可 ・ ☐ 否	(否とする理由)	支給利用期間 年 月 日 ～ 年 月 日
入所施設(事業者)名 保育所 ()	備考	

* 施設記載欄 受付年月日 年 月 日

施設名 : ☐ 片品保育所 ☐ その他()	入所契約(内定) ☐ 有 ・ ☐ 無
備考	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入下さい。* 印の欄は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。