

施設型給付費等 支給認定申請書

令和 年 月 日

保護者氏名 片品 太郎

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) かたしな たろう 片品 太郎	生年月日 平成 30年 11月 1日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	障害手帳の有無 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者住所連絡先	(住所) 片品村大字 × × × × 番地 (連絡先) 携帯090-××××-××××会社58-×××× 自宅58-××××			
認定者番号	既に認定者番号を取得している方はご記入下さい。			
保育希望	<input checked="" type="radio"/> 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) かたしな ちち 片品 父	父	昭和59年11月1日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	会社員	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	
	(ふりがな) かたしな はは 片品 母	母	昭和60年11月1日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	会社員	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	
	(ふりがな) かたしな じろう 片品 次郎	弟(二男)	平成24年11月1日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	片品小学校	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) かたしな そふ 片品 祖父	祖父	昭和24年11月1日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	農業	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	
	(ふりがな) かたしな そぼ 片品 祖母	祖母	昭和25年11月1日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	農業	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用あり(平成 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	令和〇〇年 4月 1日～令和〇〇年 3月 31日まで	備考
利用を希望する施設名	第一希望 片品保育所 (希望理由) 保育標準時間を行っているため	
	第二希望 (希望理由) 自宅から近いため 等	

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	
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> その他( )	
		(勤務先) 片品〇〇会社 (通勤先) 5日 (月単位労働時間) 平均180時間	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> その他( )	
(勤務先) 利根食堂 (沼田市××町) (通勤先) 4日 (月単位労働時間) 平均120時間			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 ( )		
希望利用時間	月曜日から金曜日まで ※土曜日保育を希望の方は各保育所にご確認下さい	8時 30分から	17時 00分まで
希望利用保育	*保育短時間のみ希望する方は○ <input checked="" type="radio"/> 保育短時間(8時～16時)	*1ヶ月でも利用する可能性がある家庭は保育標準時間に○をつける <input checked="" type="radio"/> 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

↑ 標準時間の認定と実際の保育の依頼については別

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 太郎

\* 片品村記載欄

受付年月日 年 月 日

認定の可否 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 )
年 月 日 認定	(否とする理由)	<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型
支給(入所) <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> 片品保育所 <input type="checkbox"/> その他( )	入所契約(内定) <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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。