

様式第1号（第2条、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

令和 年 月 日

みなかみ町長 様

申込者（保護者） _____ 印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。また、みなかみ町が、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）および世帯情報を閲覧することや、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。

申請に係る小学校就学前の子ども	氏名	生年月日	年齢	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	平成 令和 年 月 日生		男・女	有・無
何人きょうだいの何番目のお子さんですか		_____人きょうだいの_____番目			
保護者住所・連絡先	(住所)	平成31年1月1日の住所			
	(連絡先)				
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
保育の希望の有無(※)	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。） 令和 年 月 日から			
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願の場合を除く。）令和 年 月 日から			

・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①②に必要事項を記入してください。

① 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	マイナンバー
児童の世帯（別居の保護者、同居親族を全て記載）		本人				
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り（平・令 年 月 日保護開始）					
家庭の状況	ひとり親世帯 ・ 障害児(者)のいる世帯（氏名 _____）					

祖父母の状況（同居等は問わず記入。上記の世帯に記入の場合は、生年月日と住所は省略可。）

	氏名	年齢	生年月日	住所	就労の有無
父方	祖父				有・無
	祖母				有・無
母方	祖父				有・無
	祖母				有・無

② 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
利用を希望する施設 （事業者）名	施設（事業者）名		希望理由
	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		
事業所番号※			

③ 保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利 用を必要 とする理 由	続柄	必要とする理由
		<input 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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他（ ）
	具体的 な状況	（勤務先、就労時間・日数、疾病の状況など）
	続柄	必要とする理由
		<input 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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他（ ）
	具体的 な状況	（勤務先、就労時間・日数、疾病の状況など）

以下は記入しないでください。

*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認可の可否 可 ・ 否 (否とする理由)	認定番号	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)
令和 年 月 日認定		
支給（入所）の可否 可 ・ 否 (否とする理由)	支給（利用）期間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
<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		
入所施設（事業者）名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼） <input type="checkbox"/> 地（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）		
備考		

*施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
施設（事業者）名	（事業所番号： ）
担当者氏名	
連絡先	
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（令和 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備考	

