

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書
兼 保育所等利用申込書 兼 現況届

年 月 日

東彼杵町長 様

(保護者氏名)

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	年齢	障害者手帳の有無
	個人番号:	年 月 日生	※4月1日現在 歳	無・有 特別児童扶養手当 無・受給中・申請中
住所・連絡先	(住所) 東彼杵町 郷 番地 (連絡先1) (連絡先2)			
認定者番号	※既に教育・保育認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無 (※)	有 : 保護者の就労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) 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等と併願の場合を除く)			

※「有」を○で囲んだ場合は、①～⑥に、「無」を○で囲んだ場合は①～③に必要事項を記入してください。

①世帯の状況 (児童の父または母が単身赴任や別居中の場合も記入)

区分	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	職業又は学校名等	1月1日の住所 ※利用希望開始日が4月～8月は昨年、 9月～3月は今年	障害者 手帳の 有無
児童の 世帯員 (同居人含)	個人番号:	父	年 月 日		<input type="checkbox"/> 東彼杵町 <input type="checkbox"/> 町外 ()	有・無
	個人番号:	母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 東彼杵町 <input type="checkbox"/> 町外 ()	有・無
	個人番号:		年 月 日		<input type="checkbox"/> 東彼杵町 <input type="checkbox"/> 町外 ()	有・無
	個人番号:		年 月 日		<input type="checkbox"/> 東彼杵町 <input type="checkbox"/> 町外 ()	有・無
	個人番号:		年 月 日		<input type="checkbox"/> 東彼杵町 <input type="checkbox"/> 町外 ()	有・無
	個人番号:		年 月 日		<input type="checkbox"/> 東彼杵町 <input type="checkbox"/> 町外 ()	有・無
	個人番号:		年 月 日		<input type="checkbox"/> 東彼杵町 <input type="checkbox"/> 町外 ()	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り (年 月 日 保護開始)				

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用希望期間	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 小学校就学	
利用を希望する 施設名	施設名	希 望 理 由
	第1希望	(理 由)
	第2希望	(理 由)
	第3希望	(理 由)

③税情報等の提供に当たっての署名欄

東彼杵町が施設型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) 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。

保護者氏名

④保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由
保育の利用を必要とする理由 (それぞれに証明書が必要)		<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 (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
		<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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()
		具体的な状況 (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	利用曜日等	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時から 時まで
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間 (8時間未満)	

⑤家庭状況について

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父が保育 <input type="checkbox"/> 母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母等が保育 <input type="checkbox"/> 保育施設 (施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()		
児童の祖父母の状況	父方の祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
	父方の祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
	母方の祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
	母方の祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
児童の母親の出産及び育児休業の予定	出産予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (予定日: 年 月 日) 育休予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (予定日: 年 月 日～ 年 月 日)		

⑥証明書について (提出するものにチェックしてください。)

就労	(雇用されている場合) <input type="checkbox"/> 就労 (内定) 証明書 (自営業の場合) <input type="checkbox"/> 就労 (予定) 状況申告書 <input type="checkbox"/> 確定申告書写し <input type="checkbox"/> 就労していることがわかる書類
疾病・障害	(疾病) <input type="checkbox"/> 保護者の疾病等により子どもが保育できないという医師の診断書 (障害) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
介護等	(以下いずれか) 被介護者の <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳
災害復旧	<input type="checkbox"/> 罹災証明書 <input type="checkbox"/> その他災害復旧が必要であることがわかる書類
求職活動	<input type="checkbox"/> 求職活動状況申告書
就学・職業訓練	<input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 職業訓練受講指示書
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し
育児休業	<input type="checkbox"/> 就労 (内定) 証明書
その他	<input type="checkbox"/> 保育が必要であることがわかる書類