

支給認定申請書 兼 関保育所入所申込書（2・3号用）

七ヶ宿町長 殿

※施設型給付・地域型保育給付の支給認定に際して、町長が、利用料の算定に必要な申請者及び同居する親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります（子ども・子育て支援法第16条による）。
 ※この申請に記入されている事項の中で、利用調整及び教育・保育の運営上必要と認められる情報を施設・事業者に提供することがあります
 ※施設型給付費、地域型保育給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
 ※翌年4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、一次利用申請締切日までに提出された支給認定申請については、翌年2月までに認定します。
 ※申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意のうえ、次のとおり施設型給付・地域型保育給付の支給認定及び関保育所入所の申込をします。

平成 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 継続申請（すでに保育所を利用中の方）
------	--

申請者名 ㊟
 (保護者名)

フリガナ		性別	男・女	続柄		生年月日	平成 年 月 日	(歳)
申請児童名								

フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日	連絡先①	父携帯、母携帯、自宅、父勤務先、母勤務先、その他
保護者氏名				連絡先②	父携帯、母携帯、自宅、父勤務先、母勤務先、その他
保護者住所	〒			連絡先③	父携帯、母携帯、自宅、父勤務先、母勤務先、その他
				連絡先④	父携帯、母携帯、自宅、父勤務先、母勤務先、その他

※連絡先は連絡のつきやすい順に①から連絡先となりうる電話番号をすべて記入してください。

申請児童の同居者（申請児童を除く）	氏名	続柄	満年齢	生年月日	勤務先・就学(園)先等の名称	要介護認定・障害者手帳
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

ひとり親の場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 死別（ 年 月） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居（ 年 月 日（ごろ）から【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】）
生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（担当者・平成 年 月 日保護開始）

【支給認定に関する希望等】

支給認定希望日	<input type="checkbox"/> 翌年4月1日 <input type="checkbox"/> その他（ 年 月 日）	利用時間区分の希望	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用（8時間まで） <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用（11時間まで）
---------	---	-----------	--

※利用時間区分は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準に照らし合わせ、最終的に七ヶ宿町が決定します。よって、区分は希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

支給認定申請書 兼 関保育所入所申込書（2・3号用）[補助票]

【保育を必要とする状況】

保育が必要な 期間(希望日)	開始日	<input type="checkbox"/> 支給認定希望日と同じ <input type="checkbox"/> その他(平成 年 月 日)から
	終了日	<input type="checkbox"/> 就学の前月の末日 <input type="checkbox"/> その他(平成 年 月 日)まで
保育が必要な 事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧
申請時点の 申請児童以外の 出産予定	出産の予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(予定日 年 月 日ごろ)
	出産後 の予定	<input type="checkbox"/> 育休取得 → <input type="checkbox"/> 父(終了予定 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 母(終了予定 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 自宅で保育するため保育施設・事業の利用を止める <input type="checkbox"/> その他
(就労等の場合) 自宅からの 主な通勤手段等	父	①自宅最寄駅(駅)までの手段:徒歩・バス・自転車・車・その他() ②駅を使わない場合の手段:徒歩・バス・自転車・車・その他()
	母	①自宅最寄駅(駅)までの手段:徒歩・バス・自転車・車・その他() ②駅を使わない場合の手段:徒歩・バス・自転車・車・その他()
(就労等の場合) 自宅から勤務先等ま での1日の往復時間	父	平均約()時間()分/日
	母	平均約()時間()分/日

【申請児童の状況】

申請時点の保育 の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 保育者名 _____ 児童との続柄 _____
	<input type="checkbox"/> 自宅外に預けている ⇒ <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> 保育室 <input type="checkbox"/> 家庭保育福祉員 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業 <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育(週 日) <input type="checkbox"/> 親族(続柄: 年齢:) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他() 保育者又は施設・事業名 _____ 利用開始年月 年 月 ~ 所在地 _____ 電話番号 _____ 保育時間 午前: ~ 午後: _____ 利用料(月額) _____ 円
健康状況等	<input type="checkbox"/> 職場で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> その他()
	健診の受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(4か月健診、1歳半健診、3歳健診)
	健診時の指摘事項、その他発達上の心配事や定期的な通院等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)
	障害者手帳の交付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____ 手帳 級)
	福祉保健センター保健師等への相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)
アレルギー等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬剤性 <input type="checkbox"/> 吸引性 <input type="checkbox"/> 刺咬性 <input type="checkbox"/> 動物性 <input type="checkbox"/> 植物性)	
食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)	