

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(兼入園申込書)

年 月 日

智頭町長 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。また、智頭町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の課税情報(同一世帯者を含みます。)及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・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子ども	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		有・無
保護者住所・連絡先	(住所) (連絡先) (連絡先電話番号)				
保育の希望の有無(※1)	有 : 保護者の労働、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。)				

※1 ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①家族の状況(本人は除き、世帯分離を含みます。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先名(職業)又は学校名等	備考
児童の世帯員	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		
ひとり親世帯等の有無		非該当 ・ 該当 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 )				
生活保護の適用の有無		非該当 ・ 該当 ( 年 月 日保護開始 )				

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	年 月 日から 年 月 日まで				
慣らし保育利用希望(※2) (※3)	有 ・ 無	年 月 日から 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(※4)	
	第1希望				
	第2希望				
	第3希望				

※2 慣らし保育を利用できるのは、4月1日以降に途中入園する園児に限ります。

※3 入園希望日の7日前(土日祝を除く)から利用可能です。

※4 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所の場合は、その旨も記入して下さい。

