

① 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼 施設(事業)利用申込書――

東庄町長 様

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、施設(事業)の利用について申し込みます。

なお、申請にあたっては、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12桁のマイナンバー情報（同一世帯者を含む）の閲覧、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。

1. 小学校就学前子ども（以下、「児童」）及び保護者について

いずれかに必ず ☒ を
してください。

※1 既に支給認定を受けている場合に記入して下さい

2. 認定を受けようとする支給認定区分や希望する施設名称等

希望期間は小学校入学前までを記入してください。

3. 世帯の状況

児童の保護者のマイナ
ナンバーのみをご記入く
ださい。

(裏 面)

4. 保育の利用を必要とする理由等

いずれかに必ず ☒ を
してください。

通常の利用希望日に
○をつけてください。

兄弟入所がある場合は、ご記入ください。(申請中も含む)

② 東庄町施設(事業)利用に係る調査票-----
(表 面)

児童氏名	東庄 塔子				令和6年4月2日生	保護者氏名	東庄 太郎			
保護者の状況 ～該当する区分に記入 複数可～	区 分		母 親			父 親				
	1 就 労	勤務先名 または名称(業種)	〇〇スーパー			(株)〇△□ 〇〇工場				
		就労先住所	東庄町◇◇**			〇〇市☆☆579-1				
		就労先電話	0478-8△-△△△△			***-***-****				
		就労形態	常勤パート・臨時・日雇・その他()			常勤パート・臨時・日雇・その他()				
		就労開始日	令和3年4月1日(就労)就労予定)			令和3年4月1日(就労)就労予定)				
		就労時間等	9時00分～16時00分 実働 6 時間 休日：月火曜休み／週・月 8 日休み			8時30分～17時15分 実働 7.75 時間 休日：土日曜休み／週・月 8 日休み				
		通勤手段等	自家用車 片道6分			自家用車 片道30分				
	2 妊 娠 ・出産	出産予定日	令和 年 月 日							
		産後の予定	就労予定(無・有・未定) 育休(無・有 ~)							
	3 傷病・障害	傷病名等 状 況	入院・通院・自宅療養・身障(種 級)			入院・通院・自宅療養・身障(種 級)				
	4 同居親族の 介護等	傷病人氏名	〈児童との続柄〉			〈児童との続柄〉				
		傷 病 名 状 況	入院・通院・自宅療養・身障()・要介護()			入院・通院・自宅療養・身障()・要介護()				
5 家庭災害	風 水 害 火 災 等	被災年月日 年 月 日 被害の程度								
6 求職活動	活 動 状 況									
祖父母の状況	区 分	氏 名	年 齢	同・別居	住 所(別居の場合記入)	TEL	備 考			
	父 祖父	東庄 友蔵	58	同・別	東庄町石出 2692-4	8×-××××	離別			
	方 祖母	東城 うめ	57	同・別	東庄町小南**	8×-××××				
	母 祖父	笹川 茂雄	58	同・別	東庄町笹川い**	8×-××××				
	方 祖母	〃 まつ	57	同・別	同 上	同上				
保護者不在時の連絡先		東庄 友蔵		住 所	東庄町石出 2692-4 TEL 8×-××××					
同居(世帯分離している祖父母について)			父方 母方 祖 父		父方 母方 祖 母					
	状 況		就労・無職・その他()		就労・無職・その他(離別)					
	勤務先名または 名称(業種)		東庄商店 (卸売・小売業)							
	就労先住所		東庄町笹川い****							
	就労先電話		0478-8*-****							
	就労形態		常勤・パート・臨時・日雇・その他(自営)		常勤・パート・臨時・日雇・その他()					
	勤務時間		8時00分～ 20時30分 (休日： 月 曜休み)		時 分～ 時 分 (休日： 曜休み)					

保護者の状況について該当する部分を記入してください。

出産の予定がある方は記入してください。
また、育児休業中の方は期間を記入してください。
あわせて就労証明書にも記載してもらってください。

死亡している場合は、「死亡」。離婚等の後、連絡が取れないなどの場合は、わかる範囲でご記入ください。

(裏 面)

児童の状況 (該当する□に✓チェック)	予防接種の状況	☒ ヒブ ☒ 初回1回目 ☒ 初回2回目 ☒ 初回3回目 ☐ 追加 ☒ 肺炎球菌 ☒ 初回1回目 ☒ 初回2回目 ☒ 初回3回目 ☐ 追加 ☒ B型肝炎 ☒ 1期1回目 ☒ 1期2回目 ☒ 1期3回目 ☐ 1期追加 ☒ 四種混合 ☒ 1期1回目 ☒ 1期2回目 ☒ 1期3回目 ☐ 1期追加				
	出産時の状況	☒ 正常 ☐ 異常()				
	健診の受診状況	☒ 4・5か月健診 ☒ 9か月相談 ☐ 1才6か月健診 ☐ 3才児健診				
	健康面	☐ 継続的な治療を受けているものがある 病 名() 医療機関() 医師からの指示等() ☒ アレルギーといわれている 原 因(そば) ※食物アレルギーの場合は、原因食物を必ずご記入ください。 ☐ ぜいぜいしやすい ☐ ひきつけたことがある(最初のひきつけ 才 ヲ月ごろ) ☐ 便秘しやすい ☐ 下痢しやすい ☐ 福祉サービスを受けている() ☐ 手帳等を交付されている 身体障害者手帳(種 級) 療育手帳() 特別児童扶養手当(級)				
		生活面・心理面	☐ おむつをしている ☐ 困ったくせがある() ☐ 偏食である ☐ 言葉の遅れがある ☒ 落ち着きがない ☒ その他、気になること(近所のお友達と遊んでもすぐけんかをしてしまう)			
			発育や発達、病気のことなどで伝えておきたいことや、健診等で助言を受けていること等がありましたら、ご記入ください。			
	同一世帯で下記の手帳及び証書の有無 「有」の場合は、[] 内に児童との続柄をご記入ください。 身体障害者手帳[] ・療育手帳[] ・国民年金の障害基礎年金証書[]					

母子手帳を参考に記入してください

児童の状況について該当する部分を記入してください。

児童の発育や発達、病気のこと、健診等で助言を受けていることなど、少しでも気になることがありましたら記入してください。