

令和4年度 申請書類等記入例

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

○ 太枠の中をすべてご記入ください。

東庄町長 様

申請年月日	令和3年11月15日
保護者氏名	東庄太郎

印は必ず押してください。

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。

12桁のマイナンバーをご記入ください。

1. 小学校就学前子ども(以下、「児童」)及び保護者について

申請に係る児童	氏名	生年月日	R1.5.5	性別	障害者手帳等の有無
	ふりがな とうのしょう とうこ	個人番号		男 ● 女 ○	有・無 ()
保護者住所	東庄町石出2692-4		電話番号	自宅 0478(8×)××××	
	令和3年1月1日現在の住所 (<input checked="" type="checkbox"/> 町内・ <input type="checkbox"/> 町外)		号	携帯 電話(父) 0##-##-#### 携帯 電話(母) 0*-****-****	
保護者氏名	東庄太郎	認定者番号	※1 下記		

障害者手帳、療育手帳等をお持ちの場合はご記入ください。

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

認定区分 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 1号 (幼稚園等の利用を希望する)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2号または3号 (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)			
施設名称 (町外の場合 所在市町村名 も併せて記入)	施設(事業所)名	希望理由	事業所番号	
	第1希望	〇〇保育園	自宅から一番近い	
	第2希望	△△保育園	父の通勤途中のため	
第3希望	□□保育園	母の勤務先に近い		
施設等の利用希望期間	令和3年4月1日から 令和7年3月31日まで			

施設名称(保育所名)は複数ご記入いただくことをお勧めします。

説明会資料を参考に記入してください。
(入所事由により変更させていただくことが)

児童の保護者のマイナンバーのみをご記入ください。

3. 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日 個人番号	性別	職業または 学校名等	市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員	東庄太郎	父	S62.6.20	男	会社員	有・無	
	東庄花子	母	S63.10.10	女	会社員		
	東庄翔太	弟	H29.3.3	男	〇〇保育園	有・無	
	東庄友藏	祖父	S30.9.28	男	自営業	有	

兄弟で保育園に入所している場合は、裏面の「兄弟申込」欄にもご記入ください。(申請中も含む)

世帯(住民票)を別にしていても、同じ家・同じ敷地に住んでいれば同居とみなします。

4. 保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	理由(保育が必要であることを証明する書類を添付)(該当にチェック)	備
	父	<input checked="" 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"/> その他()	
	母	<input checked="" 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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() ※出産予定 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(予定日令和4年8月8日)	
	祖父	<input checked="" 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"/> その他() <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"/> その他()	
希望する利用時間	利用希望曜日(○印)	利用時間区分	
	○月・○火・○水・○木・○金・○土	<input type="checkbox"/> 短時間(8時間) <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間(11時間)	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(事由: 発生日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
現在の保育状況 (申込書提出時点)	<input type="checkbox"/> 保育園、幼稚園に通園している	→ (名称)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で親族が保育している	→ (母・父・祖母・祖父・)	
	<input type="checkbox"/> 職場へ連れて行く	→ (職場に保育施設が 有・無)	
	<input type="checkbox"/> 他の施設にあずけている	→ (名称)	
兄弟申込	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (翔太)		

出産予定の有無についてご記入ください。

同居している祖父・祖母がいる場合はご記入ください。

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				令和元年5月5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	平成23年4月1日(就労)就労予定			平成22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4年8月8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 傷病人氏名	(児童との続柄)									
	同居親族の 傷 病 名	(児童との続柄)									
	5 介 護 等	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()					
	6 家庭災害	風 水 害 火 災 等	被災年月日 年 月 日			被害の程度					
7 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 方	祖父 東庄 友蔵	66	同・別	東庄町石出2692-4	8×-××××					
	母 方	祖母 東城 うめ	62	同・別	東庄町小南**	8×-××××	離別				
	父 方	祖父 笹川 茂雄	61	同・別	東庄町笹川い**	8×-××××					
	母 方	祖母 //	まつ	60	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×-××××			
同居している 祖父 母につ いて	区 分	父 方			母 方						
	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: 月 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 該 当 す る に ✓ チェ ック	予防接種の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ 【 <input checked="" type="checkbox"/> 初回1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 初回2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加】 <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌 【 <input checked="" type="checkbox"/> 初回1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 初回2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加】 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1期1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 1期2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 1期3回目 <input type="checkbox"/> 1期追加】 <input checked="" type="checkbox"/> 四種混合 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1期1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 1期2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 1期3回目 <input type="checkbox"/> 1期追加】			
	出産時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()			
	健診の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 4・5か月健診 <input checked="" type="checkbox"/> 9か月相談 <input checked="" type="checkbox"/> 1才6か月健診 <input type="checkbox"/> 3才児健診			
	健康面	<input type="checkbox"/> 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 () <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> ひきつけたことがある(最初のひきつけ 才 ヶ月ごろ) <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 福祉サービスを受けている () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> おむつをしている <input type="checkbox"/> 困ったくせがある () <input type="checkbox"/> 偏食である <input type="checkbox"/> 言葉の遅れがある <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きがない <input checked="" type="checkbox"/> 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。