支給認定申請書 兼 教育・保育施設入所申込書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

受付印

喬木村長　様

認定者番号		新規　継続

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。
なお、記載事項に変更があった場合は申し出ます。

平成　年　月　日申込

住所	〒　－　喬木村　番地 アパート名等 電話（自宅　－　－　）（携帯 父　－　－　） （携帯 母　－　－　）			地区名
入所児童	ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 平成　年　月　日生 （　）人きょうだいの（　）人目	年齢 歳 (H29.4.1現在)
保護者（申請者）	ふりがな 氏名　㊞	平成29年1月1日以降喬木村に転入された方の前住所 都道府県　市郡　町村　番地より転入		

①利用を希望する施設・事業所名等

第1希望	第2希望	第3希望

利用を希望する期間	年　月　日から　□ 小学校入学前まで　□ 年　月　日まで
利用を希望する時間	（平日）　時　分～　時　分　（土曜）　時　分～　時　分
保育認定時間の希望	□ 保育標準時間　□ 保育短時間

②世帯の状況

世帯員氏名	児童との続柄	生年月日	性別	承諾印	職業（勤務先）または保育所・学校名等	※備考
	父	M・T・S・H　.　.	男		（電話　－　）	
	母	M・T・S・H　.　.	女		（電話　－　）	
		M・T・S・H　.　.	男・女	祖父母の場合	（電話　－　）	
		M・T・S・H　.　.	男・女	祖父母の場合	（電話　－　）	
		M・T・S・H　.　.	男・女	課税状況確認同意欄（同意のない場合は、課税状況を証する書類を添付してください。）	（電話　－　）	
		M・T・S・H　.　.	男・女		（電話　－　）	
		M・T・S・H　.　.	男・女		（電話　－　）	
		M・T・S・H　.　.	男・女		（電話　－　）	

※身体障害者手帳・療育手帳・障害年金等の交付（給付）を受けている方、児童扶養手当の受給者、特別児童扶養手当の支給対象児については、備考欄に手帳名・番号を記入の上、写しを添付してください。

児童の健康状況	□ 健康である □ 持病がある（傷病名：　） □ アレルギーがある（　） □ その他（　）
家庭の状況	□ 生活保護を受けている（平成　年　月　日 保護開始） □ 母子（父子）世帯である（□ 児童扶養手当を受給している） □ 同居の家族に障がい児（者）がいる（氏名：　/　級） □ 上記のいずれにも該当しない

③保育を必要とする理由について

続柄	保育を必要とする理由
父	□ 就労　□ 疾病・障がい　□ 介護・看護　□ 災害復旧 □ 求職活動　□ 就学　□ 育児休業中　□ その他（　　）
母	□ 就労　□ 妊娠・出産　□ 疾病・障がい　□ 介護・看護　□ 災害復旧 □ 求職活動　□ 就学　□ 育児休業中　□ その他（　　）

④保育の利用理由について　※該当する箇所にチェックまたは必要項目を記入してください。

就労	父親の状況	母親の状況
状況	□就労中　□就労予定	□就労中　□就労予定
勤務先		
就労開始日	年　月　日	年　月　日
所在地		
雇用形態	□正規　□自営業　□パート　□アルバイト	□正規　□自営業　□パート　□アルバイト
	□内職　□派遣　□契約　□その他（	□内職　□派遣　□契約　□その他（　）
	雇用主との親族関係が　□あり　□なし	雇用主との親族関係が　□あり　□なし
勤務時間	月・火・水・木・金・土・日　□不規則（週　日）	月・火・水・木・金・土・日　□不規則（週　日）
	時　分 ～ 時　分（1日あたり　時間　分）	時　分 ～ 時　分（1日あたり　時間　分）
休職中の場合	□育休中　□その他（　）	□育休中　□その他（　）
	終了日（　年　月　日まで）	終了日（　年　月　日まで）

妊娠・出産　出産予定（ 有 ・ 無 ）	母親の状況
※出産予定の方は、必ずご記入ください。	
出産予定日	年　月　日
産休後の予定	□育休取得　□仕事復帰　□就労予定なし

疾病等	父親の状況	母親の状況
疾病・障がい名		
障害者手帳	□有（　手帳　級）　□無　□申請中	□有（　手帳　級）　□無　□申請中
状況	□入院　□通院　□自宅療養	□入院　□通院　□自宅療養
入院等期間	年　月　日 ～　年　月　日	年　月　日 ～　年　月　日
通院日数	週　・　月　に　日	週　・　月　に　日

介護・看護	父親の状況	母親の状況
被介護者氏名		
生年月日	年　月　日	年　月　日
児童との続柄		
同居の有無	□ 同居　□ 別居	□ 同居　□ 別居
被介護者住所		
疾病・障がい名		
要介護等認定	□有（要支援・要介護　）　□無　□申請中	□有（要支援・要介護　）　□無　□申請中
障害者手帳	□有（　手帳　級）　□無　□申請中	□有（　手帳　級）　□無　□申請中
介護内容	□自宅介護　□通院付添 □入院付添　□施設通所付添	□自宅介護　□通院付添 □入院付添　□施設通所付添

その他	父親の状況	母親の状況
災害復旧	□震災・風水害・火災その他の災害復旧に従事している	□震災・風水害・火災その他の災害復旧に従事している
求職活動	□求職活動中　□起業準備中	□求職活動中　□起業準備中
その他の事由		

＊施設記載欄（施設・事業者を経由して喬木村に提出する場合）

受付年月日	平成　年　月　日		
施設（事業者）名			
住　所	〒		
担当者氏名		電話番号	
入所契約（内定）の有無	有【平成　年　月　日　契約 ・ 内定】　・　無		