

様式第1号(第2条関係)

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

西伊豆町長 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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 <small>(ふりがな)</small>	生年月日 年 月 日生	性別 男・女	保護者との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
保護者氏名 住所・連絡先	(氏名)	(住所) 西伊豆町			
	(電話番号)	(緊急連絡先)			
保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所、認定こども園(保育部分)、保育ママ等において保育の利用を希望する場合				
	<input type="checkbox"/> 無 : 幼稚園、認定こども園(幼稚園部分)の利用を希望する場合				

①保育の利用を必要とする理由等 ※「保育の希望の有無」で「有」にチェック☑した場合は記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
			<input 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <small>具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入</small>
		<input 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <small>具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入</small>	

②申請児童の情報 (該当する方を○で囲んでください)

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有( )
その他特記事項	無・有( )

③世帯の状況 (該当する方を○で囲んでください)

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)						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業又は学校名等	市町村民税課税有無(※1)	備考
児童の世帯員		年 月 日生	男・女			有・無	
		年 月 日生	男・女			有・無	
		年 月 日生	男・女			有・無	
		年 月 日生	男・女			有・無	
		年 月 日生	男・女			有・無	
		年 月 日生	男・女			有・無	
		年 月 日生	男・女			有・無	

(※1)前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税課税が課税されている場合、「有」に○をつけてください。(表面)

④利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する施設名 (*1)	施設名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (*2)	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時 分 から 時 分 まで

(\*1) 幼稚園等を経由して町に提出する場合及び既に幼稚園を利用している方は記入不要です。

(\*2) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

⑤個人情報内容照会同意の署名欄

保育園入所又は保育ママ保育申請及び保育料算定にあたり、西伊豆町教育委員会が、住民登録上の世帯及び世帯印欄に記載した世帯全員の①住民基本台帳の閲覧、②町県民税課税台帳の閲覧、③生活保護の状況及びその他必要事項の照会について関係機関に照会し、調査することに同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

※祖父母等と住民票上は別世帯であっても、同一敷地内の別棟に居住し、支援を受けている場合等は『同一世帯に属して生計を一にしている』と見なしております。

-----  
(ここから下は記入不要です)

\*施設記載欄 (幼稚園等を経由して町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設名	担当者氏名
備考	

-----  
\*町記載欄

受付年月日	年 月 日	
認可の可否 可・否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
年 月 日認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) 〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕		自 年 月 日
		至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
〔□保育所 □認定こども園(□教育 □保育) □幼稚園 □保育ママ(□小 □家)〕		
備考		