

保護者氏名

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子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性 別	障害者手帳等の有無
		年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(現住所) 鮭川村大字 (連絡先) 父 ・ 母 ・ 自宅 ・ 他 ()			
認定者番号	※すでに支給認定を受けている場合			

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職業(勤務先) または 学校名等	障害者手帳 等の有無 (※)
児 童 の 世 帯 員			年 月 日	男・女		☐ 有
			年 月 日	男・女		☐ 有
			年 月 日	男・女		☐ 有
			年 月 日	男・女		☐ 有
			年 月 日	男・女		☐ 有
			年 月 日	男・女		☐ 有
			年 月 日	男・女		☐ 有
			年 月 日	男・女		☐ 有
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)				

(※) 身体障害者手帳、精神保健福祉手帳、療育手帳を所持している方はチェックを入れてください。

利用を希望する期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで									
希望する利用時間	利用曜日（○で囲んでください）					利用時間				
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土					時 分から 時 分まで				
利用を希望する 施設名	施設名・希望理由								＊事業所番号	
	第1希望					(希望理由)				
	第2希望					(希望理由)				
	第3希望					(希望理由)				

裏面へ続く

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働また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場合に記入してください。

保育の利用 を必要と する理由	続柄	必要とする理由	備考
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 職業訓練 ☐ 児童虐待 ☐ DV等 ☐ 育児休業時の継続利用 ☐ その他 (具体的な状況：勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)	
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 職業訓練 ☐ 児童虐待 ☐ DV等 ☐ 育児休業時の継続利用 ☐ その他 (具体的な状況：勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)	
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 職業訓練 ☐ 児童虐待 ☐ DV等 ☐ 育児休業時の継続利用 ☐ その他 (具体的な状況：勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)	
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 職業訓練 ☐ 児童虐待 ☐ DV等 ☐ 育児休業時の継続利用 ☐ その他 (具体的な状況：勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)	
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 左記以外		

④情報等の提供に当たっての署名欄

鮭川村が施設型給付費・地域型給付費等の支給認定を行うに当たって、以下の内容に同意します。

・村民税の情報（同一世帯を含む）および世帯情報を閲覧すること。

・上記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。

・児童の発育等に係る情報について、適切な保育及び教育支援のため、保育施設・村教育委員会等へ提供、共有すること。

保護者氏名

※市町村記載欄

認定の可否		認定者番号	認定区分等
可・否（否とする理由： 令和 年 月 日認定）			☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
支給（入所）の可否		支給認定期間	
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 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
入所施設名	入所期間		備 考
	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		

※施設記載欄

緊急時連絡先	利用時間	入所期間
父・母 その他	開始 時 分 終了 時 分	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
特記事項		