

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。

令和 年 月 日 申込

住所	〒 喬木村 番地	地区名		
	アパート名等 電話(自宅 - -) (携帯父 - -) (携帯母 - -)			
入所児童	ふりがな	性別	生年月日	年齢
	氏名	男・女	令和 年 月 日生	歳 (R8.4.1現在)
保護者 (申請者)	ふりがな	令和7年1月1日以降喬木村に転入された方の前住所		
	氏名 ⑩	都道府県	市郡村	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	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校入学前 まで <input type="checkbox"/> 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	2・3号 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	1号 <input type="checkbox"/> 教育標準時間

②世帯の状況

世帯員氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業(勤務先)または保育所・学校名等	マイナンバー
		M・T・S・H・R .	男・女	(電話 -)	
		M・T・S・H・R .	男・女	(電話 -)	
		M・T・S・H・R .	男・女	(電話 -)	
		M・T・S・H・R .	男・女	(電話 -)	
		M・T・S・H・R .	男・女	(電話 -)	
		M・T・S・H・R .	男・女	(電話 -)	

市町村民税課税状況データ及び世帯情報閲覧について同意します。 ⑩

※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	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 持病がある(傷病名:) <input type="checkbox"/> アレルギーがある() <input type="checkbox"/> その他()
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護を受けている(年 月 日 保護開始) <input type="checkbox"/> 母子(父子)世帯である(<input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給している) <input type="checkbox"/> 同居の家族に障がい児(者)がいる(氏名: / 級) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業中	<input type="checkbox"/> その他()
母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業中	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト
	<input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> その他()
	雇用主との親族関係が <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	雇用主との親族関係が <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
勤務時間	月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 不規則(週 日)	月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 育休中 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 育休中 <input type="checkbox"/> 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)

※出産予定の方は、必ずご記入ください。

母親の状況	
出産予定日	年 月 日
産休後の予定	<input type="checkbox"/> 育休取得 <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 就労予定なし

疾病等

疾病等	父親の状況	母親の状況
疾病・障がい名		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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

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	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
被介護者住所		
疾病・障がい名		
要介護等認定	<input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有(手帳 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
介護内容	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添
	<input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添	<input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添

その他

その他	父親の状況	母親の状況
災害復旧	<input type="checkbox"/> 震災・風水害・火災その他の災害復旧に従事している	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 起業準備中	<input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 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	令和 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【令和 年 月 日 契約・内定】 ・ 無