様式第１号（第２条、第６条、第７条及び第１５条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定（変更）申請書・現況届・施設等利用申込書

　　　　年　　月　　日　　　　　　　保護者（申請者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 神川町長様  （施設長） | 住所 | 〒 | |
| 氏名 |  |  |
| 連絡先 | 自宅　　　　(　　　　)　　　　母携帯　　　　(　　　　)  父携帯　　　　(　　　　) | |

　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について【(変更)申請・現況を届出】し、特定教育・保育施設等への利用を申し込みます。また、神川町が施設型給付費・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）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額（保育料）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、施設等の規程を守り、利用者負担額及び主食費等については、責任を持って期日までに納入することを誓約いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る小学校就学前  子ども | 氏名 | | 生年月日 | 性別 | ４月１日現在年齢 | 認定者番号  ※既に認定を受けている場合 |
| (ふりがな)  個人番号： | | 年　　月　　日生 |  | 歳 |  |
| 保育の希望の有無 | 有　： | 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場合（幼稚園等との併願を含む） | | | | |
| 無　： | 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願を除く） | | | | |

利用希望について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間、曜日、時間 | 年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日　まで | |
| 日・月・火・水・木・金・土 | 時　　分から　　　時　　分まで |
| 施設  (事業者)名 | 施設(事業者)名 | 希望理由 |
| 第１希望 | (希望理由) |
| 第２希望 | (希望理由) |
| 第３希望 | (希望理由) |

保育利用希望の理由　※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ保育希望者は記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　　□虐待・ＤＶ　　□育児休業　　□その他 |  |
|  | □就労　　　□妊娠・出産　□疾病・障害　　□介護等　　　□災害復旧  □求職活動　□就学　　　　□虐待・ＤＶ　　□育児休業　　□その他 |  |

祖父母の状況（保育希望者のみ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 状況 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 職業 |
| 父方 | 祖父 | 同居・別居・死亡 |  |  |  |  |
| 祖母 | 同居・別居・死亡 |  |  |  |  |
| 母方 | 祖父 | 同居・別居・死亡 |  |  |  |  |
| 祖母 | 同居・別居・死亡 |  |  |  |  |

保証人について（保育希望者のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 神川町に納入すべき利用者負担額及び主食費等については、保護者が完納することを保証いたします。万一滞納したときは、私が責任をもって納入いたします。 | | |
| 住所 |  | 年　　月　　日  氏名 |
| 電話番号 |  |

　　　　　　　　　　※記入欄は裏面にもあります。

世帯の状況　※申請児童以外全ての世帯員を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | （ふりがな）  氏名 | 生年月日 | 4/1現在年齢 | 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 | 備考  (個人番号) |
| 児童の世帯員 |  | 年　月　日生 |  |  |  |  | 有・無 |  |
|  |
|  | 年　月　日生 |  |  |  |  | 有・無 |  |
|  |
|  | 年　月　日生 |  |  |  |  | 有・無 |  |
|  |
|  | 年　月　日生 |  |  |  |  | 有・無 |  |
|  |
|  | 年　月　日生 |  |  |  |  | 有・無 |  |
|  |
|  | 年　月　日生 |  |  |  |  | 有・無 |  |
|  |
| ひとり親世帯等の有無 | | 非該当・該当（□ひとり親世帯等、□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） | | | | | | |

申請児童の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者手帳等の情報 | 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 |  |

委任欄

　（宛先）神川町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任する者 | （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号） | |
| （氏名） | 生年月日　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 私は下記のものを代理人と定め、マイナンバーを含む施設型給付費・地域型保育給付費等支給認（変更）申請書・現況届・施設等利用申込書提出を委任します。 | |
| 代理人 | （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号） | |
| （氏名） | 生年月日　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊施設記載欄(幼稚園等を経由して神川町に提出する場合) | | | |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 |  | |
| 施設(事業者) | 名称  担当者 | | 事業所番号  連絡先 |
| 入所契約(内定)の有無 | 有［契約・内定（　　　　年　　月　　日)］・無 | | |
| 備考 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊神川町記載欄 | | | | | | |
| 受付年月日 | | 年　月　日 |  | | | |
| 認定 | 可否 | □可・□否(理由) | | | | |
| 決定日 | 年　　月　　日 | | 番号 | |  |
| 区分等 | □１号・□２号・□３号　(□標・□短) | | | | |
| 期間 | 自　　　　年　　月　　日 | | | 至　　　　年　　月　　日 | |
| 支給(入所) | 可否 | □可・□否(理由) | | | | |
| 施設 | □施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型 | | | | |
|  | | | | |
| □認定こども園[□連、□幼(□幼、□保)、□保(□保、□幼)、□地(□幼、□保)]  　□幼稚園 、 □保育所 、 □地域型[□小、□家、□居、□事] | | | | |
| 期間 | 自　　　　年　　月　　日 | | | 至　　　　年　　月　　日 | |
| 備考 | |  | | | | |