

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 <small>〒</small>
	氏名 (印)
	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
	<small>(ふりがな)</small>	平成 年 月 日生	男・女	歳	
	<small>個人番号:</small>				
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	平成 年 月 日 から 平成 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
	<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	
	<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	

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	平成 年 月 日
電話番号	氏名 印

※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		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	
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)						

申請児童の情報

障害者手帳等の情報	無・有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、 <input type="checkbox"/> 療育手帳、 <input type="checkbox"/> 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

平成 年 月 日

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定(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	事業所番号
	担当者	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	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否(理由)
	決定日	年 月 日 番号
	区分等	<input type="checkbox"/> 1号・ <input type="checkbox"/> 2号・ <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標・ <input type="checkbox"/> 短)
	期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
支 給 (入所)	可 否	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否(理由)
	施 設	<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 <input type="checkbox"/> 認定こども園[<input type="checkbox"/> 連、 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼、 <input type="checkbox"/> 保)、 <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保、 <input type="checkbox"/> 幼)、 <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼、 <input type="checkbox"/> 保)] <input type="checkbox"/> 幼稚園、 <input type="checkbox"/> 保育所、 <input type="checkbox"/> 地域型[<input type="checkbox"/> 小、 <input type="checkbox"/> 家、 <input type="checkbox"/> 居、 <input type="checkbox"/> 事]
	期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
備 考		