

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 川崎町立ひまわりこども園利用申込書

年 月 日

川崎町長 殿

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教育・保育給付認定を申請し、特定教育・保育施設等の利用を申し込みます。

| 利用希望児童 | 区分 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 障がい者手帳 | 前年度入所 | 支給認定期間 | |
|--------|----------|--------|-------|--------------|---|--|---|--|
| | 1 | (ふりがな) | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | (前年度入所[無]の場合のみ記入) (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | |
| | 2 | (ふりがな) | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | |
| | 3 | (ふりがな) | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | |
| 現住所 | 田川郡川崎町大字 | | | 今年1月1日 住所 | <input type="checkbox"/> 川崎町 <input type="checkbox"/> その他 () | 前年1月1日 住所 | <input type="checkbox"/> 川崎町 <input type="checkbox"/> その他 () | |

| | | | |
|--------|---|--|---|
| 利用希望期間 | (自) 年 月 日 | (至) 年 月 日 | |
| 保育の希望 | <input type="checkbox"/> 有 | 保護者の労働又は疾病等により保育所等において保育の利用を希望する場合 | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | 幼稚園等の利用を希望する場合 | |
| 利用希望施設 | 第1希望 | <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 | 【希望理由】 <input type="checkbox"/> 現在入所しているため <input type="checkbox"/> きょうだい児が通っているため <input type="checkbox"/> その他() |
| | 第2希望 | <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 | 【希望理由】 <input type="checkbox"/> 現在入所しているため <input type="checkbox"/> きょうだい児が通っているため <input type="checkbox"/> その他() |
| | 第3希望 | <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 | 【希望理由】 <input type="checkbox"/> 現在入所しているため <input type="checkbox"/> きょうだい児が通っているため <input type="checkbox"/> その他() |
| 利用希望曜日 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 | 利用希望時間 | (自) 時 分 (至) 時 分 |

○世帯の状況(上記児童は除く) ※生計を同一とする別居の子を含めて記入してください。

| 世帯員情報 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 勤務先/就学先 | 保育必要理由 (保育の希望『有』の場合記入) |
|-------|--|---|------------|----|---|---|
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() |
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() |
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() |
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() |
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() |
| | (ふりがな) | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() |
| 緊急連絡先 | ① | <input type="checkbox"/> 保護者() <input type="checkbox"/> () | | ② | <input type="checkbox"/> 保護者() <input type="checkbox"/> () | |
| | ③ | <input type="checkbox"/> 保護者() <input type="checkbox"/> () | | ④ | <input type="checkbox"/> 保護者() <input type="checkbox"/> () | |
| 生活保護 | <input type="checkbox"/> 適用無し・ <input type="checkbox"/> 適用有り | | 在宅障がい者 | | <input type="checkbox"/> 有(氏名:)・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭・ <input type="checkbox"/> 左記以外 | | 児童扶養手当受給状況 | | <input type="checkbox"/> 受給なし・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 受給中 | |

○申請にあたって同意していただく事項

- ①申請内容が実態と異なる場合は、保育認定及び入所決定を取り消されても異議ありません。
- ②川崎町が施設型給付費・地域型保育給付等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者含む。)及び世帯情報を閲覧することを同意します。
- ③施設利用と運営上必要と認められる情報について、特定教育・保育施設・関係部署等に対して提供することに同意します。
- ④申請内容について疑義が生じた場合や情報不足等により確認が必要な場合は勤務先等に連絡することに同意します。
- ⑤年度当初(4月)の利用に向けた認定事務が集中する時期の審査結果については、受付から30日を過ぎることを了承します。

同意者署名欄

※保護者以外がこの様式を提出する場合は、以下事項を必ずご記入ください。

下記の者を代理人と定め、この様式の提出に関することを委任します。

| | | | |
|-----|--------|-------|----|
| 委任者 | 保護者氏名 | 生年月日 | 住所 |
| | (ふりがな) | 年 月 日 | |
| 代理人 | 氏名 | 生年月日 | 住所 |
| | (ふりがな) | 年 月 日 | |

※町記載欄

| 受付日(受付印) | 入所施設名 | 保育実施期間 | 認定区分(新規入所児童) |
|----------|--|------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | 児童氏名() <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ※2号・3号のみ(□標準 □短) |

| | | | |
|----|----|----|----|
| 決裁 | 課長 | 係長 | 係員 |
| | | | |