様式第1号(第2条関係)

(第1面)

# 施設型給付費・地域型保育給付費等　支給認定申請書兼利用申込書

受付印

新規　・　継続

年　　月　　日

保護者住所

保護者氏名　　㊞

連　絡　先　父

連　絡　先　母

天城町長　　殿

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（利用申込）します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 児童名 | マイナンバー<br>(ふりがな)<br>氏　　名 | 生　年　月　日 | 年齢 | 性別 |
| | (　　) | 年　　月　　日 | 歳 | 男・女 |
| 保育の希望の有無(※)<br>いずれかに○をしてください | なし：(1号認定) | ・幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く) | | |
| | あり：(2号認定)<br>(3号認定) | ・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(幼稚園等と併願の場合を含む) | | |

(※)　「あり」を○で囲んだ場合は①～⑥に、「なし」を○で囲んだ場合は①、③及び⑤に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

| 区分 | 児童との続柄 | マイナンバー<br>氏　名 | 生年月日 | 性別 | 勤務先<br>(職業又は学校名等) | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 児童の世帯員 | 父 | | ・　・ | 男 | | |
| | 母 | | ・　・ | 女 | | |
| | | | ・　・ | 男・女 | | |
| | | | ・　・ | 男・女 | | |
| | | | ・　・ | 男・女 | | |
| | | | ・　・ | 男・女 | | |

| | |
|---|---|
| 生活保護の適用の有無 | 1　適用なし　2　適用あり　(　　年　　月　　日保護開始) |
| 在宅障がい者の有無 | 1　なし　　2　あり　　(氏名　　) |
| ひとり親世帯等 | 児童扶養手当　受給中・申請中(　　年　　月　　日　申請) |

【本人確認・マイナンバー確認（天城町記入欄）】

| | | |
|---|---|---|
| 確認欄 | マイナンバーの記載　□有　□無 | |
| | ①マイナンバー確認　□マイナンバーカード □通知カード □マイナンバーが記載された住民票の写し等 | □無 |
| | ②本人確認書類　□マイナンバーカード □顔写真付きの身分証明書（運転免許証等）□その他2種類 | □無 |

（第2面）

②祖父母の状況

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 父方 | 祖父氏名 | | 同居・別居 | 住所　※同居の場合、記載は不要です。 |
| | 祖母氏名 | | 同居・別居 | |
| 母方 | 祖父氏名 | | 同居・別居 | 住所　※同居の場合、記載は不要です。 |
| | 祖母氏名 | | 同居・別居 | |

③利用を希望する期間及び施設名

| 利用を希望する期間 | 年　月　日から　年　月　日 | |
|---|---|---|
| 順　位 | 施　設　名 | 希　望　理　由 |
| 第1希望 | | |
| 第2希望 | | |
| 第3希望 | | |

④保育の利用を必要とする理由等

保育所等において保育の利用を希望する場合に必要とする理由を全て記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保育の利用を必要とする理由 | | □就労(＿＿＿時間／月　又は＿＿＿時間／週)　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等<br>□災害復旧　□求職活動　□就学　□その他(　　) | |
| | | □就労(＿＿＿時間／月　又は＿＿＿時間／週)　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等<br>□災害復旧　□求職活動　□就学　□その他(　　) | |
| 希望する利用時間 | 利　用　曜　日 | 利　用　時　間 | |
| | 曜日から　曜日まで | 時　分　から　時　分　まで | |

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、及びそ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に同意します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

⑥児童の健康状態

| 健康状態で該当する番号に○をつけてください | | | |
|---|---|---|---|
| 1　健康 | 2　虚弱 | 3　障がいあり | ・身障手帳　記号番号　(　　)　(　　級)<br>・療育手帳　記号番号　(　　)　(判定　　)<br>・特別児童扶養手当　記号番号(　　)　(　級) |
| [障がい等をお持ちの場合は、その状況を具体的に記入してください。なお、児童発達支援施設等を利用している場合は、施設名を記入してください。] | | | |
| 既往歴(今までにかかった病気を記入してください。) | | 入院の経験<br>なし・あり | (病名：　　)<br>(年齢：　歳　か月) |
| 食物アレルギー | ・なし　・まだ食べていない　・あり | 【牛乳・卵・小麦・そば・大豆<br>・その他(　　)】 | |
| 気管支喘息 | なし　・　あり | アトピー性皮膚炎 | なし　・　あり |
| アレルギー性結膜炎 | なし　・　あり | アレルギー性鼻炎 | なし　・　あり |
| 常時内服している薬<br>なし・あり【具体的に　　】 | | | |
| その他（　　） | | | |