

施設型給付費・地域型保育給付費等
支給認定申請書（現況届）兼 施設利用申込書

伊 是 名 村 長 様

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

次のとおり、支給認定申請と利用申込みを併せて行います。

申請にかかる 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性 別	障害手帳等の 有 無
		H ・ R 年 月 日	男・女	有・無 <small>(障害者手帳・療育手帳等・特別児童扶養手当証書等写しの添付)</small>
現 住 所	伊是名村字 _____ 番地			
連 絡 先	(父携帯番号)		(母携帯番号)	
	父 (勤務先名称)	(勤務先番号)		
	母 (勤務先名称)	(勤務先番号)		
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
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			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合			

①家庭の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	申込児童 との続柄	生 年 月 日	性 別	勤 務 先 等 学 校 名	居 住 状 況	備 考
児 童 の 世 帯 員			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
			S ・ H ・ R 年 月 日	男 ・ 女		同 ・ 別	
ひとり親世帯等の適用の有無		無 ・ 有 (<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		無 ・ 有 (_____ 年 月 日保護開始)					

祖 父 母 の 状 況			年齢	同居・別居の別 (同居の場合は記入不要)	就 労	健康状態	
	父 方	祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 :	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		祖母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 :	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	母 方	祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 :	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
祖母			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 :	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	

②児童の発育状況

児童の発育状況	1. 良好 2. アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 エピペン所持の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 除去食の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 定期的通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) 4. 子育て関係機関等への相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) 5. 薬の服用 () 6. その他 ()
---------	---

※以下は、保育の希望「有」の場合に記入してください。

③保育の利用を必要とする理由など

※該当する番号を選択し、記入してください。

保育の利用を必要とする理由	【理由番号】	続柄 [] 番号 <input type="text"/> 続柄 [] 番号 <input type="text"/> 続柄 [] 番号 <input type="text"/> 続柄 [] 番号 <input type="text"/> 続柄 [] 番号 <input type="text"/> 続柄 [] 番号 <input type="text"/> その他理由 ()
	1. 就労 2. 妊娠・出産 3. 保護者の疾病・障害 4. 親族の介護・看護 5. 災害復旧 6. 求職活動 7. 就学 8. 育児休業 9. その他	
希望する利用時間	利用曜日 月・火・水・木・金・土	利用時間 時から 時まで
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで	
保育必要量(※)	<input type="checkbox"/> 保育標準時間希望(1日11時間まで) <input type="checkbox"/> 保育短時間希望(1日8時間まで)	

(※) 保育必要量・・・保育を必要とする事由および勤務時間に基づき認定します。

(注意事項)

- ☆ 記入上の注意(裏面)をよく読んで、記入してください。
- ☆ 字は楷書ではっきりと書いてください。
- ☆ 消せるタイプのボールペンは使用しないでください。

----- 保護者記入はここまで -----

*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
令和 年 月 日 認定		
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由)	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
〔 <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〕		
入所施設名		
<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 地域型		
備考		