

(第1号様式)

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書(新規・変更)
兼 保育利用(継続)申込書

三戸町長 殿

* 収受印

申請日	年 月 日					
保護者氏名	ふりがな	三戸町大字		住所	自宅	
	保護者個人番号	(居住地) ※住民登録地と居住地が異なる場合に記入			携 (父)	
申請子ども氏名	ふりがな	生年月日	利用開始年度の 4月1日現在の年齢	性別	障がい者手帳 の有無	
	保護者との続柄()	年 月 日生	満 歳	男・女	有・無	
申請子ども個人番号		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・無	「有」は保護者の就労等の理由により、保育所等の利用を希望する場合。 「無」は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)			

①利用を希望する期間、施設名

利用を希望する期間	年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ※1年未満の利用を希望の場合は上記に記入をしてください。 <input type="checkbox"/> 令和3年3月31日
利用を希望する施設名	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

②世帯の状況 ※申請子ども以外の父母及び同居所に住んでいる人全員(世帯分離している人も含む)について記入

区分	氏名	子供との続柄	生年月日	性別	同居・別居	職業又は学校名等	障害者手帳の有無	個人番号
子どもの世帯員			年 月 日	男・女	同・別		有・無	
			年 月 日	男・女	同・別		有・無	
			年 月 日	男・女	同・別		有・無	
			年 月 日	男・女	同・別		有・無	
			年 月 日	男・女	同・別		有・無	
該当の有無	ひとり親世帯(単身赴任などによる別居は含まない): 有・無					障がい者の同居: 有・無		
生活保護の適用の有無		適用なし・適用あり(年 月 日 保護開始)						

③税情報等の提供に当たっての署名

町が施設型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を、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 印

○裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

*施設等記載欄(施設(事業者)を経由して三戸町に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設名(事業者名)	(事業所番号:)
入所契約(内定)の有無	有 (契約・内定 令和 年 月 日) ・ 無

*町記載欄

認定の可否	可・否 令和 年 月 日 認定 (否とする理由)	認定者番号	認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
支給(入所)の可否	可・否 <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	支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
入所施設(事業者)名				
施設区分	<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 幼保連携(幼・保) <input type="checkbox"/> 幼稚園(幼・保) <input type="checkbox"/> 保育所(幼・保) <input type="checkbox"/> 地方裁量(幼・保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育(<input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> 家庭的 <input type="checkbox"/> 居宅訪問 <input type="checkbox"/> 事業内)			