

支給認定申請書（現況届）

新規 変更
 転入

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

年 月 日

フリガナ

保護者氏名

印

清川村長殿

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します。

申請に係る小学校就学前児童	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳、療育手帳の有無
		年 月 日生	男・女	有・無 <small>(有の場合は写しを添付して下さい)</small>
保護者住所・連絡先	現住所： 〒 清川村			
	電話番号 () () () ()	(自宅・父携帯・母携帯)		
	令和4年1月1日現在の住所	清川村内 ・ 清川村外 村外→〔 〕都道府県〔 〕市区町村		
支給認定証番号	※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			

(※)

・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。（以下同じ）

・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、④に必要事項を記入してください。

・支給認定申請手続きは、保育所等の入所申込を兼ねておりません。「有」を○で囲んだ場合は、別途、保育所の入所申込を村へ提出する必要があります。その際、保育を必要とする理由を証明できる書類についても併せて提出してください。

①世帯の状況（同居の世帯員）

区分	(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業、学校名等	市町村民税課税の有無	備考
申請に係る児童の世帯員			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
			年 月 日生 (歳)	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)						

第1号様式（第6条関係）

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者名）

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで・就学まで	
利用を希望する施設（事業者名）	施設（事業者）名・希望理由	*事業所番号
	第1希望 (希望理由)	
	第2希望 (希望理由)	
	第3希望 (希望理由)	

*印の欄は村の記載欄ですので、記入する必要はありません。

③保育の利用を必要とする理由等

*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に記入して下さい。

続柄	必要とする理由	希望認定時間	具体的な状況等
保育の利用を必要とする理由	<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (11時間まで) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (8時間まで)	
	<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他 ()	※求職活動等については保育短時間のみの認定になります。	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用希望曜日 (○で囲んで下さい)	利用時間 (24時間表記でご記入下さい)	
	月 火 水 木 金 土	時 分から 時 分まで	

④個人情報等の提供に当たっての署名欄

村が施設型給付費・地域型保育給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し、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	印
-------	---

《 村 記 入 欄 》

*村記入欄

認定の可否 (否とする理由)	支給認定証番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
可 ・ 否 年 月 日認定		
支給（利用）期間	自： 令和 年 月 日 至： 令和 年 月 日	
入所施設（事業者名）		
<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) <input type="checkbox"/> 認定子ども園 (<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)		
備考		

*施設記載欄（施設〔事業者〕を経由して清川村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名・担当者名	
連絡先電話番号	
備考	
入所契約（内容）の有無	有【契約（内定）（ 年 月 日契約（内定）】 ・ 無