**施設型給付費・地域型保育給付費等　支給認定申請書　兼**

**教育・保育施設入所申込書　兼　児童台帳**

下條村長　様

　下記のとおり、施設型給付・地域型保育給付等に係る支給認定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒　下條村 | 地区名 |  |
| ふりがな |  | ※令和6年1月1日以降に転入された場合の前住所 |
| 保護者氏名 | ㊞　 | 　　　　　県 都　　　　　市　　　　　町　　　　　番地　　　　　府 道　　　　　郡　　　　　村　　　　より転入 |
| 電話番号 | 自宅 |  | 父携帯 |  | 母携帯 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 令和　 　　年　 　月　 　日 |
| 入所児童氏名 | 　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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、保育の利用を希望する場合　　　　　　（①～④の必要事項を記入してください。） |
| □　無　　教育の利用を希望する場合　　　　　　（①、②、④の必要事項を記入してください。） |

①　世帯の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭の状況 | 　□　ひとり親世帯　　□　障害児（者）がいる世帯 ※手帳の写しを添付してください。 |
| 生活保護の適用の有無 | □　適用無し　　　□適用有り（平成・令和　 　年 　　月　 　日保護開始） |
| 区分 | 氏名 | 児童との続柄 | 性別 | 年齢 | 勤務先名又は学校名等 | 個人番号 | 備考 |
| 児童の世帯員 |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※同居している家族全員の情報を記載してください。(入所児童は除く)

|  |  |
| --- | --- |
| 同居又は近居の祖父母等の協力(送迎等) | 得られる　・　得られない　(理由：　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　 |

②　利用を希望する施設、利用を希望する期間等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用を希望する施設 | 施設名 | 希望理由 |
| 第1希望　　　　　　　　　　　保育園 |  |
| 第2希望　　　　　　　　　　　保育園 |  |
| 第3希望　　　　　　　　　　　保育園 |  |
| 利用を希望する期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日　まで |
| 保育の利用を必要とする時間等 | 必要とする曜日 | 1日のうちで必要とする時間(就労時間・通勤時間にのっとった時間を基本としてください。) | 備考 |
| □　平日（月～金） | 　　　時　　　分　～　　　時　　　分　まで |  |
| □　土曜日 | 　　　時　　　分　～　　　時　　　分　まで |  |
| 利用時間区分の希望　**(就労時間等の要件をご確認のうえご記入ください。)** |
| □ 保育短時間利用（8時間以内）　　□ 保育標準時間利用（11時間以内）  |

③　保育の利用を必要とする理由等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用を必要とする理由 | 児童との続柄 | 必要とする理由 | 備考(出産予定日、育休終了日、その他補足等をご記入ください。) |
|  | □ 就労　　□ 妊娠・出産　　□ 疾病・障害　　□ 介護等□ 災害復旧　　□ 求職活動　　□ 就学　　□ 育児休業□ その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  |  |
|  | □ 就労　　□ 妊娠・出産　　□ 疾病・障害　　□ 介護等□ 災害復旧　　□ 求職活動　　□ 就学　　□ 育児休業□ その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |
|  | □ 就労　　□ 妊娠・出産　　□ 疾病・障害　　□ 介護等□ 災害復旧　　□ 求職活動　　□ 就学　　□ 育児休業□ その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |
|  | □ 就労　　□ 妊娠・出産　　□ 疾病・障害　　□ 介護等□ 災害復旧　　□ 求職活動　　□ 就学　　□ 育児休業□ その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |

④　税情報の提供に当たっての署名欄

村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村の情報（同一世帯を含む）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。

令和　　　年　　　月　　　日

申請者(保護者)氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　※村記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認可の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
| □ 可 ( 令和　　　年　　月　　日認定 )　□ 否 ( 否とする理由　　　　　　　　　 ) |  | □1号　　　□2号 ( □標準 　　□短時間)□3号 ( □標準 　　□短時間) |
| 支給(入所)の可否 | 支給(利用)期間 |
| □ 可 ( □施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型)　□ 否 ( 否とする理由　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | 自　　令和　　　年　　　月　　　日至　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 入所施設名 | 受付印 |
| □ 幼稚園　　□ 保育所　　□ 地域型 ( □小　□事　□家　□居 )□ 認定こども園 ( □連　□幼 ( □幼　□保)　□保 ( □幼　□ 保)　□地 ( □幼　□保 ) ) | R7年度～ |
| 備考 |
|  |

**児童の健康・発育状況について**

児童氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 出生時 | 出産週数：　妊娠第（　　　　　　）週　　出生児体重（　　　　　　　　　）g |
| 出生時の異常：　□ 無　・　□ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病歴・持病等 | 先天性疾患や、過去に入院（手術）または治療を要する病気にかかったことはありますか。□　無□　有　→　　1.眼　　　　　　　　2.耳　　　　　　3.心臓器　　　　4.腎臓病5.（　　）型肝炎　　6.糖尿病　　　　7.泌尿器　　　　8.ひきつけ9.てんかん　　　　　10.小児ぜんそく　　　11.じんましん12.アトピー性皮膚炎13.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在治療中または経過観察中の病気等はありますか。□　無□　有　→　病名等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）期間： 平成　　　年　　　月頃から通院の有無： □ 無 ・ □ 有（　週　・　月　・　年　　に　　　回 ） |
| アレルギー | 　別紙・アレルギー調査票によりおうかがいいたします。 |
| 健診等 | 　過去に健診時等に何か指摘されたことはありますか。　□　無　□　有　→　時期（　　　　歳　　　　ヶ月頃）　　　　　　　指摘された内容 |
| その他 | その他お子さんの健康や発育状態について気になることがありましたらご記入ください。 |

**※母子手帳等を確認し、正確にご記入いただきますようお願いします。**

**添付書類について**

以下の事由で保育を必要としている方については、添付書類を提出してください。

〇「就労」・・・就労証明書（保護者1人につき1枚）

○「妊娠・出産」・・・出産予定日または出産日がわかる書類の写し

　○「疾病・障害」・・・診断書、医師による指示書または障害者手帳の写し

　○「介護・看護」・・・介護保険証や障害者手帳、診断書等、常時介護や看護が

　　　　　　　　　　　 必要なことがわかる書類の写し

　○「災害復旧」・・・罹災証明書

　〇「求職活動」・・・求職活動状況申告書

　○「就学」・・・在学証明書、学生証等の写し

　※そのほか、申請内容に応じて追加で書類の提出をお願いすることがあります。