

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定(変更) 申請書

令和 年 月 日

蔵王町長 殿

保護者氏名

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。

申請児童	支給認定証番号	フリガナ 氏名	生年月日		性別 男・女	障害等(※1)の有無 有・無
			平成・令和 年 月 日	(R7年4月1日時点の年齢 歳)		
	個人番号					
保護者	住所		連絡先 (優先に○)	自宅	—	—
	蔵王町				—	—
					—	—
					—	—
令和6年1月1日時点の住民登録地			蔵王町・蔵王町以外()			
			蔵王町・蔵王町以外()			
保育の希望の有無(※2)		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 有 : する場合(幼稚園等と併願の場合を含む) 無 : 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 障害等とは、身体障害者手帳、療育手帳若しくは精神障害者保健福祉手帳の交付又は特別児童扶養手当若しくは障害基礎年金の受給がある場合をいいます。

※2 「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。(以下同じ)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

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

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏名	個人番号	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	当年度分 市町村民 税課税の 有無
児童 の 世 帯 員	()			年 月 日	男女		有・無
	()			年 月 日	男女		有・無
	()			年 月 日	男女		有・無
	()			年 月 日	男女		有・無
	()			年 月 日	男女		有・無
	()			年 月 日	男女		有・無
	()			年 月 日	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)					

(裏面)

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	令和 7年 4月 1日から令和 8年 3月31日まで	
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)

○「記入上の注意」をよく読んでから、字は楷書ではっきりと書いてください。

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ください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	保育を必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))		
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	利用曜日	利用時間	
	曜日から 曜日まで	時 分 から 時 分まで	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

蔵王町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を見ることがあります。また、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

～ ～ ～ ～ ～ 【申請者の記入はここまで】 ～ ～ ～ ～ ～
ここからは町の記入欄

受付年月日	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) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
備 考		

※施設記載欄（施設（事業者））を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設（事業者）名	(事業所番号：)
担当者氏名連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備 考	