

受 付

## 支給認定(変更)申請書 兼 保育利用申込書

六戸町長 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。  
 保育が必要な場合、保育の利用を申し込みします。

現在利用している施設名	該当する場合に チェックしてください
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転園 <input type="checkbox"/> 認定変更

申請日	平成 年 月 日	保護者名	フガナ		印	児童との続柄
申請児童	フガナ	生年月日	性別	兄弟姉妹における順番		
		平成 年 月 日 (平成31年4月1日現在 歳)	男・女	<input type="checkbox"/> 第1子	<input type="checkbox"/> 第2子	<input type="checkbox"/> 第3子
		障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 手帳 級 <input type="checkbox"/> その他証明 )			
保護者の住所・連絡等	住所	〒 - -				
	父携帯	-	-	自宅	-	-
	母携帯	-	-	緊急の場合 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> その他( )		
保護者の前年1月1日現在の住所	父	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外 →	都・道・府・県	市・区・町・村		
	母	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外 →	都・道・府・県	市・区・町・村		
保育の希望の有無(※)	有	<input type="checkbox"/> 保育所等のみ希望(保護者の就労等により保育が必要)				
		<input type="checkbox"/> 幼稚園等と保育所等の両方を希望(保育が必要だが幼稚園等も申込:併願)				
	無	<input type="checkbox"/> 幼稚園等のみ希望(保育所等は希望しない)				
利用が内定している幼稚園等名称			支給認定証番号 (交付されている場合)	/		
利用希望期間	平成 年 月 日 ~		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで			
			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで			

《施設記入欄(※施設を経由して町に提出する場合)》

受付年月日	平成 年 月 日	施設名			
利用契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(平成 年 月 日 契約・内定) <input type="checkbox"/> 無				

《町記入欄》

受付年月日	平成 年 月 日	支給認定証番号	/					
認定の可否		認定区分等	支給(利用)期間					
可・非 平成 年 月 日 認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	自 平成 年 月 日					
否の理由:		<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間	至 平成 年 月 日					
支給(利用)の可否			事業者番号					
<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								
否の理由:								
利用施設名			<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園					
			<input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 地域型					
平成 年度 町民税課税状況	父	所得割額	均等割額	有・無	国階層	町階層	年齢	歳
	母	所得割額	均等割額	有・無	<input type="checkbox"/> 基準額 <input type="checkbox"/> 半額 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 第3子以降			
		所得割額	均等割額	有・無	利用者負担額 (保育料)			
	計					円		

世帯等の構成

世帯等の構成 (世帯分離している同居者も含む)	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	個人番号	勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称
	アガナ	父	S H	年 月 日	男	
	アガナ	母	S H	年 月 日	女	
	アガナ		S H	年 月 日		
	アガナ		S H	年 月 日		
	アガナ		S H	年 月 日		
	アガナ		S H	年 月 日		
	アガナ		S H	年 月 日		
アガナ		S H	年 月 日			
アガナ		S H	年 月 日			

健康保健における児童の扶養者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父母以外 ⇒ 児童との続柄： 氏名：
生活保護法適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 平成 年 月 日保護開始
ひとり親の場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 生死不明（ 年 月頃から） <input type="checkbox"/> 別居（ 年 月頃から） <input type="checkbox"/> その他（ ）
同居者の障がい介護認定	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護認定 内容： 児童との続柄： 氏名：
	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護認定 内容： 児童との続柄： 氏名：

申請児童の状況

申請児童の状況	アレルギー ⇒ 有の場合	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他：
		家庭での除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし
		医師の指導に基づいて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
		食物以外のアレルギー：
治療中の傷病・既往症 ⇒ 有の場合	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	病名： 時期： 年 月頃～ 年月頃まで	
	通院頻度： 経過等：	
	施設等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがあれば記入してください。	

税情報等の提供・支給認定結果の通知に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な町民税の情報（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（保育料）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。

また、支給認定申請の結果について、4月からの新規利用・継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。

保護者氏名

※幼稚園等のみ希望の場合はここまでです

