

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼利用申込書

七飯町長 あて

年 月 日



保 護 者	住 所	
	ふ り が な	
	氏 名	㊟
	生 年 月 日	年 月 日生
連 絡 先		自 宅 () 携 帯 電 話 () [父・母・()] 携 帯 電 話 () [父・母・()]

次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費、特例施設型給付費及び特例地域型保育給付費に係る支給認定（教育・保育給付認定）を申請します。

入園を希望する 就学前児童	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	障がいの有無
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		有・無
認定者番号 (教育・保育給付)	(既に認定を受けている場合のみ記入して下さい。)		備 考 (個人番号等)		
保育の希望の有無 (どちらかに☑)		㊟ <input type="checkbox"/> 3歳未満 <input type="checkbox"/> 3歳以上	保護者の労働、疾病等の理由により、保育所等の利用を希望する場合 (幼稚園との併願を含む。)		
		無	幼稚園等の利用を希望する場合 (保育施設と併願する場合を除く。)		
食物アレルギーの有無 (どちらかに○)		有 (アレルギーの種類:) ・ 無			

〔世帯の状況〕 ※単身赴任等、別世帯に保護者がいる場合は、その方を含めて記載して下さい。

児 童 の 同 居 者	(ふりがな) 氏 名	児童 との 続柄	生年月日	年齢	職業又は 学校等	障がい 手帳の 有無	備 考 (個人番号等)	
				・ ・			有・無	
				・ ・			有・無	
				・ ・			有・無	
				・ ・			有・無	
				・ ・			有・無	
				・ ・			有・無	
				・ ・			有・無	
生活保護の適用	適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)			ひとり親世帯の場合		未婚 ・ 離別 ・ 死別		

〔税情報同意署名欄〕

七飯町が、施設型給付費、地域型保育給付費等の教育・保育給付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、その情報に基づき決定する利用者負担金額について、町から特定教育・保育施設等（児童が入所決定した施設等
のみ）に対し通知することに同意します。

年 月 日 氏名 ㊟ 年 月 日 氏名 ㊟
年 月 日 氏名 ㊟ 年 月 日 氏名 ㊟

前年、当年の1月1日現在のお住まいだった市区町村

前年	市・区・町・村	当年	市・区・町・村
----	---------	----	---------

〔認定こども園（幼稚園部分）・幼稚園の利用を希望する方〕

利用希望施設名		※事業所番号	
利用希望期間	年 月 日 から 就学前まで		

〔認定こども園（保育所部分）・保育所（園）の利用を希望する方〕

利用希望施設名	第1希望		※事業所番号	
	第2希望		※事業所番号	
	第3希望		※事業所番号	
	上記施設へ入所できなかった場合の通所可能施設		<input type="checkbox"/> どんぐり <input type="checkbox"/> 大中山 <input type="checkbox"/> 大川 <input type="checkbox"/> 本町 <input type="checkbox"/> みどり <input type="checkbox"/> 藤城 <input type="checkbox"/> 大沼	
利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
利用希望時間 (該当するものに☑)	利用希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		
	利用希望時間	時 から 時 まで		
	利用区分	<input type="checkbox"/> 標準時間（11時間） ・ <input type="checkbox"/> 短時間（8時間）		
保育を必要とする理由 (該当するものに☑)	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 社会的養護 <input type="checkbox"/> 育児休業取得時に、既に保育を実施 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 社会的養護 <input type="checkbox"/> 育児休業取得時に、既に保育を実施 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※欄は七飯町で記載します。

《施設記載欄》

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約（内定）の有無	有（ 年 月 日契約・内定 ） ・ 無

《市町村記載欄》

教育保育給付 認定の可否	可・否（否とする理由）（ ）		
	年 月 日認定	認定者番号	
給付認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号（ <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間） <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間）		
給付（入所）の可否	可・否（否とする理由）（ ）		
	<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		
認定（利用）期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
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 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 地域（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <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）		
備考			