

令和4年度（2022年度）用

2号・3号認定用

※幼稚園や認定こども園(教育部分)を利用する場合は、1号認定用の様式をご利用下さい。

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書(2号・3号認定) 兼 特定教育・保育施設, 特定地域型保育事業入所申込書

令和 年 月 日

三原市長(福祉事務所長) 様

保護者氏名

次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定を申請します。

なお、三原市が施設型給付費・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)及び世帯情報を閲覧し、その情報及び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・保育施設等の利用施設(事業者)に対して提示することに同意して署名します。

Application form table with fields for applicant child, guardian, residence, and contact information.

特定教育・保育施設, 特定地域型保育事業への入所について次の通り申込みます。

①利用を希望する期間, 希望する施設(事業者)名等

Form for specifying the period of use and desired facilities.

※希望どおりにならない場合があります。

*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

②世帯の状況(祖父母を除く)

Table for listing family members and their status.

(裏面へつづく)

令和4年度（2022年度）用

③祖父母の状況

祖父母の状況	氏名		児童との続柄	同居・別居	住所	年齢	勤め先又は現在の状況
	父方		祖父	同別			
			祖母	同別			
	母方		祖父	同別			
		祖母	同別				

④保育の利用を必要とする事由等

保育の利用を必要とする保護者等	児童との続柄	保育を必要とする事由					
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護・看護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護・看護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護・看護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外の特別な事由()					
ひとり親家庭の場合		<input type="checkbox"/> 離婚または死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(離婚を前提)					
児童扶養手当受給状況		<input type="checkbox"/> 受給中(申請中を含む) <input type="checkbox"/> 停止中 <input type="checkbox"/> 申請していない					
送迎について	【送】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	【迎】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					
	【送】 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()	【迎】 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()					
入所希望月に希望保育所へ入所できない場合	<input type="checkbox"/> 希望施設(事業者)を変更する <input type="checkbox"/> 希望施設(事業者)のみ希望し、来月以降継続の審査を希望する <input type="checkbox"/> 保護者又は親族等が保育する(保育する人 続柄) <input type="checkbox"/> 保護者の職場へ連れて行く <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する(令和 年 月 日まで延長) <input type="checkbox"/> その他()						
兄弟姉妹入所について *二人以上同時に申込みする場合	<input type="checkbox"/> 同じ保育所へ兄弟姉妹が同時入所可能な場合のみ入所希望 <input type="checkbox"/> 別々の保育所であっても、兄弟姉妹同時期に入所可能であれば入所希望 <input type="checkbox"/> 一人でも入所できれば入所希望 <input type="checkbox"/> その他()						

⑤児童の状況

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育している(父 母 続柄) <input type="checkbox"/> 保護者が職場へ連れて行っている(父 母 週 日) <input type="checkbox"/> 保護者以外が保育している(保育している人 続柄 場所) <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用している(施設名) <input type="checkbox"/> 幼稚園・認可外保育施設等を利用している(施設名 利用開始月 平成・令和 年 月)					
健康状態	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医師の診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食物以外のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
	医療・発育・発達	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 受診・相談している病院等がある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名・症状)				
	特別な配慮や支援の必要	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 加配職員 <input type="checkbox"/> 医療的ケア				
宗教上、食べられない物(対応できない施設もあります。)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				

*市記載欄ここから下は記入しないで下さい。

認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定番号 年 月 日認定	認定区分 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	支給認定期間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	添付資料 <input type="checkbox"/> 就業等証明 <input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> その他()	受付印
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)	入所施設・事業者名				