

支給認定（現況）申請書兼保育所入所申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

遠軽町長 様

平成 年 月 日

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及び施設への入所を申請をします。

新規・現況					
申請児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	支給認定番号 ※既に認定済の場合記入
		平成 年 月 日	男・女		
保護者	(ふりがな) 氏名	生年月日	父携帯		
	印	年 月 日			
	〒 - 遠軽町		母携帯		
希望する利用期間・曜日・時間			利用を希望する保育施設名		
平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 小学校入学前まで			第1希望	保育所	
月・火・水・木・金・土 不定期(平均 日)			第2希望	保育所	
			第3希望	保育所	
時 分 から 時 分まで		希望する保育必要量 がある場合は○を付 けてください。	保育標準時間	保育短時間	
			※勤務状況等により希望通りにならない場合もあります。		

世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	備考
上記申請児童・保護者以外の世帯員			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(時期: 平成 年 月 日)			
生活保護	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(保護開始日: 平成 年 月 日)			
上記世帯員の障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒氏名()種類()等級・程度()			

※□にレを付けてください。

※町記入欄

認定の可否	認定番号	認定区分等
可・否 平成 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
支給(入所(園))の可否	入所(園)施設名	認定証有効期間
可・否(理由:)		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日

