

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

令和 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 令和 年 月 日	男・女		
保護者	(ふりがな) 氏名	生年月日	父携帯		
	Ⓜ	年 月 日	母携帯		
〒 - 遠軽町		今年又は前年の1月1日 現在、遠軽町外にお住 まいだった方は、その 住所（市町村名まで）	今年1月1日 父: 母:	前年1月1日 父: 母:	
希望する利用期間・曜日・時間			利用を希望する保育施設名		
令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 小学校入学前まで			第1希望		
月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 不定期（平均 日）			第2希望		
			第3希望		
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	

ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり（時期： 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： 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

【裏面あり】

認定の可否	認定番号	認定区分等
可・否 令和 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	認定期間
可・否(理由:)		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日

