

## 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名

厚岸町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	障がい者手帳の有無	児童の個人番号(マイナンバー)
	(フリガナ)		男・女		有・無	
保護者	氏名	生年月日				
	住所	(電話) ・自宅( ) ・母携帯( ) ・父携帯( )				
	連絡先	名称				
		住所	(電話) 会社( )			
支給認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。					
保育の希望の有無(※1)	有 :	保護者の就労又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)				
	無 :	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)				

※1・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

## ① 世帯状況

区分	(フリガナ)氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	障がい者手帳の有無	個人番号(マイナンバー)
児童の世帯員			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
			年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
生活保護の適用の有無			適用無し・適用有り( 年 月 日保護開始)					

## ②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名	希望理由	事業者番号※
	第1希望:		
	第2希望:		
	第3希望:		

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。\*印の欄は市町村又は施設記載欄ですので、記入する必要はありません。

○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

