

(表)

第1号様式(第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書

年 月 日

清須市長 様

保護者 住所

氏名

(自署の場合、押印不要)

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します。

申請児童名	氏 名	生年月日	性別	障害者手帳等の有無
	個人番号			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	有・無
保護者住所・連絡先	(住 所) <input type="checkbox"/> ※上記申請者住所と同じ場合はチェックをしてください。 (連絡先)			
認定番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
交付希望	<input type="checkbox"/> ※支給認定証の交付を希望する場合にはチェックをしてください。			
保育の希望の有無(※)	有 : 保護者の労働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。)			

(※)「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、居宅訪問型保育及び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。

世帯の状況(申請児童以外)

	(ふりがな) 氏 名	続柄	生年月日	職業、勤務先 又は学校名等	個人番号
児童の世帯員			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り(年 月 日保護開始)			

保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働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に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()	
家庭の状況	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障害児(者)のいる世帯(氏名:) <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から 曜日まで		時から 時まで

※裏面もご記入ください。

(裏)

支給認定の対象となる児童と同一の世帯に属する父母及び父母以外の扶養義務者の同意欄

施設型給付費又は地域型保育給付費の支給認定に係る業務に必要な範囲で、清須市が、市民税等の課税情報その他必要な情報を閲覧し、調査することに同意します。併せて、当該申請書に記載された事項及びその他情報に基づき決定した利用者負担額（保育料）について、施設に対し提供することに同意します。

【署名】 (自署の場合、押印不要)	【署名】 (自署の場合、押印不要)	【署名】 (自署の場合、押印不要)
【署名】 (自署の場合、押印不要)	【署名】 (自署の場合、押印不要)	【署名】 (自署の場合、押印不要)