

# 【新規】支給認定申請書 兼 保育施設入所申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

令和 年 月 日

瀬戸内町長 鎌田 愛人 殿

保 護 者	住所 瀬戸内町 氏名 連絡先 Tel	保 護 者	住所 瀬戸内町 氏名 連絡先 Tel
-------------	--------------------------	-------------	--------------------------

子ども・子育て支援法による子どものための教育・保育給付の支給認定申請をします。  
児童福祉法による保育所への入所を次のとおり申込みます。

入所児童	氏 名	生 年 月 日	性 別	きょうだい同時申込
	ふりがな	平成 年 月 日 令和 ( 日生 歳)	男・女	有:児童名 ( ) ・ 無 ( )
入所を希 望する保 育所名	第一希望 保育所	保育の実施を希望する期間		
	第二希望 保育所	令和 年 月 日～就学前まで		
	第三希望 保育所	または 令和 年 月 日まで		
障害者手帳の情報	無・有( 身体障害者手帳・療育手帳・その他 )			
アレルギー情報	無・有( )			
児童発達支援施設の利用	利用施設名( ) 利用頻度(週 日)			
保育の実施 を必要とす る理由	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( )	母 <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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他( )		

入所児童の家庭状況(申込児童をのぞく) ※きょうだいの学校名は入所希望月の進級先です。

ひとり親世帯等の適用の有無		無・有( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無		無・有( 年 月 日から保護開始)					
区 分	氏 名	入所児童との 続柄	生 年 月 日	性 別	勤務先 又は学校名	個人番号 マイナンバー12ケタ	備 考
入 所 児 童 の 世 帯 員	ふりがな	父	.	男・女			
	ふりがな	母	.	男・女			
	ふりがな		.	男・女			
	ふりがな		.	男・女			
	ふりがな		.	男・女			
	ふりがな		.	男・女			

※市町村記載欄	保育実施の要否	保育の実施を要する期間		保育の実施基準の番号
	要・否	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	両親等: ( )・( )
	(理由)	入所保育所		
	令和 年 月 日 承諾	備 考		

☆別紙の注意をよく読んでから記入して下さい。 ※印の欄は記入する必要はありません。  
☆文書は楷書ではっきりと書いて下さい。