

三春町長 様

次のとおり、支給認定を申請します。

なお、町長が支給認定に必要な世帯員全員の市町村民税情報・世帯情報を利用すること、決定した利用者負担額の特定教育・保育施設等に提示することに同意します。

※支給認定証の交付を希望する方は次の箇所にチェックしてください。

→ 支給認定証の交付を希望する。

申請年月日を記入

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

1. 申請者・申請児童

保護者	氏名	ミハル タロウ 三春 太郎 (印)	電話番号	自宅	0247-62-2111
			父		080-1236-4567
			母		090-8765-4321
	住所	〒963-7759 三春町字大町 1-2	令和2年1月1日現在の住所地 田村市船引町〇〇×番地		
申請児童	氏名	ミハル ジロウ 三春 次郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
			生年月日	平成 29 年 9 月 25 日 令和 (満 3 歳)	
	住所	※保護者と異なる場合のみ 〒 電話番号			
	保護者との続柄	子	障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	アレルギー情報	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は具体的な内容を()に記入)			
	その他特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
	世帯児童の状況	小学校3年生までのお子さんの人数	3人	申請児童	3人目
	小学校就学前のお子さんの人数	2人	申請児童	2人目	
	18歳以下のお子さんの人数	3人	申請児童	3人目	

2. 世帯の状況 ※父母及び同居している全ての世帯員を記入(記載欄が足りない場合は、欄外に記入)

	氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先 又は学校名・学年	児童との居住	備考
申請児童を除く世帯員	ミハル タロウ 三春 太郎	父	昭和 62 年 8 月 30 日	33	会社員	同居 別居	
	ミハル ハナ子 三春 花子	母	昭和 63 年 1 月 20 日	32	会社員	同居 別居	
	ミハル ヨタロウ 三春 小太郎	兄	平成 24 年 4 月 10 日	8	三春小学校1年	同居 別居	
	ミハル サクラ子 三春 桜子	姉	平成 28 年 7 月 15 日	5	〇〇保育所	同居 別居	
	ミハル ウメ 三春 ウメ	祖母	昭和 27 年 11 月 10 日	67	無職	同居 別居	
父母が児童と別居の場合		住民票上の住所			父母が児童と別居の場合は記入		
		実際の居住地					
生活保護の適用状況		<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日開始)					
ひとり親世帯、障がい者のいる世帯及びそれに類する状況にある場合の理由		<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> その他 ()					該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>

(以下裏面)

3. 希望認定区分

<input type="checkbox"/> 1号認定	※満3歳以上の児童で、幼稚園等での教育を希望
<input checked="" type="checkbox"/> 2号認定	※満3歳以上の児童で、保育所等での保育を希望
<input type="checkbox"/> 3号認定	※満3歳未満の児童で、保育所等での保育を希望

4. 認定区分別の希望内容

① 1号認定を希望される方

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで・就学前まで		
利用(内定)施設名		所在市町村	

② 2, 3号認定を希望される方

利用を希望する期間	令和3年 4月 1日から 年 月 日まで・就学前まで		
希望する利用曜日・時間	利用曜日		利用時間
	月 曜日から 金 曜日まで		8時00分から 17時30分まで
<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間利用を希望(1日11時間まで)		※利用時間区分は、支給認定基準に基づき、保護者の就労状況等から最終的に三春町長が決定しますので、希望とは異なる場合があることを、あらかじめご了承ください。	
<input type="checkbox"/> 保育短時間利用を希望(1日8時間まで)			
入所希望施設	第1希望	〇〇保育所	※希望施設に必ず入所できるとは限りませんので、第3希望まで記載してください。利用調整は、世帯状況等により審査し、後日お知らせします。
	第2希望	△△保育所	
	第3希望	□□保育所	

5. 保育の利用を必要とする事由(2, 3号認定を希望される方)

① 父親の状況(以下のいずれか一つを選択し、記入してください)

①	就労	事業所名	(株)〇〇〇	雇用形態	正社員
		勤務年月日	平成 20年 4月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務	<input type="checkbox"/> 勤務予定
		勤務日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 週 5日勤務	勤務時間	8時30分～17時15分
2	就学	就学先		卒業予定	年 月 日
		通学先住所		通学日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週 日通学
3	求職中	就労予定申立書のとおり			
4	疾病障がい	<input type="checkbox"/> 診断書	該当するものに丸をつけ記入		
		<input type="checkbox"/> () 手帳 写しのとおり			
5	看護等	<input type="checkbox"/> 家庭内・ <input type="checkbox"/> 家庭外(週 日・ 時間)	看護対象者		

② 母親の状況(以下のいずれか一つを選択し、記入してください)

①	就労	事業所名	(有)△△△	雇用形態	正社員
		勤務年月日	平成 19年 10月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務	<input type="checkbox"/> 勤務予定
		勤務日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 週 5日勤務	勤務時間	8時30分～17時 0分
2	就学	就学先		卒業予定	年 月 日
		通学先住所		通学日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週 日通学
3	求職中	就労予定申立書のとおり			
4	疾病障がい	<input type="checkbox"/> 診断書	該当するものに丸をつけ記入		
		<input type="checkbox"/> () 手帳 写しのとおり			
5	看護等	<input type="checkbox"/> 家庭内・ <input type="checkbox"/> 家庭外(週 日・ 時間)	看護対象者		
6	妊娠出産	出産(予定)日	平成 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 診断書・ <input type="checkbox"/> 母子手帳写し〔表紙・出産(予定)日が確認できるページ〕			

※記載していただいた個人情報は、施設入所に係る目的以外では使用いたしません。