

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定変更申請書

七ヶ浜町長 殿

令和 年 月 日

保護者氏名 印

次のとおり、翌月分以降の施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定変更を申請します。
 また、町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧及びその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

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	利用施設名
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
保護者住所・連絡先・生年月日	(住所)	(生年月日)			
	(電話番号)	(連絡先電話番号)			

①保育認定

変更内容	変更前	変更後
保育の希望の有無(*1)	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間	<input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間
保育の利用を必要とする理由	続柄 該当する事由に☑をご記入ください。 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"/> 養護 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他(内容:) 母 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 養護 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他(内容:)	続柄 該当する事由に☑をご記入ください。 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"/> 養護 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他(内容:) 母 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 養護 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他(内容:)

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有()
その他特記事項	無・有()

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当(☐ひとり親世帯等 ☐在宅障害児(者)のいる世帯)							
生活保護の適用の有無	非該当・該当(年 月 日保護開始)							
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	多子軽減(*2)	職業又は学校名等	市町村民税課税有無	備考
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		有・無	

(*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。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

(*2)多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、☐該当にチェックを付けてください。

(*3)前年度分の市町村民税又は当年度分の市町村民税課税が課税されている場合、「有」に○を付けてください。

●世帯分離している場合でも、家族全員を記入してください。