

① 支給認定申請書兼入園申込書

(宛て先) 函南町長

申請日

令和4年11月1日

保護者氏名

函南 太郎

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及び保育園等※1への入園を申請します。

申請に係る児童	氏名 ふりがな かんなみ ふじお	生年月日	R5.4.1 現在	性別	障害者手帳の有無
	函南 富士夫	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年 6月 10日	1 歳	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者住所	函南町平井717-13 アパート・マンションの名称、部屋番号まで記載してください。				
令和4年1月1日時点の住所	静岡県 三島市	令和5年1月1日時点の住所	静岡県 田方郡 函南市		
保護者連絡先	自宅 055-979-8128	父(携帯) 080-1234-0000	母(携帯) 090-5678-0000		

※1「保育園等」とは、保育園、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。

単身赴任など

1. 世帯の状況

区分	氏名 ふりがな	児童との続柄	生年月日	R5.4.1 年齢	同居 別居	性別	令和4年度 勤務先・学校名等	在宅 障害者 該当※2
児童の世帯員	函南 太郎	父	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 4年 10月 1日	30	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	〇〇株式会社	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	函南 花子	母	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 5年 5月 5日	29	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇スーパー	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	函南 桃子	姉	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 27年 7月 7日	7	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇小学校	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		同・別	男・女	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		同・別	男・女		有・無
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(年 月 日保護 <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 停止)							
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 : 年 月 日から 理由: <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居(調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他()							

※2「在宅障害者該当」欄には、次のいずれかに該当する場合、有に丸をし、該当する手帳等の写しを添付してください。

ア 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条に定める身体障害者手帳の交付を受けている。

イ 療育手帳制度要綱(昭和48年9月27日付け厚生省発見第156号)に定める療育手帳の交付を受けている。

ウ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律(昭和39年法律第134号)に定める特別児童扶養手当の支給対象児及び国民年金法(昭和34年法律第141号)に定める国民年金の障害年金の受給者である。

エ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条に定める精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。

2. 利用を希望する施設名、希望する期間等

利用を希望する施設名	施設名	継続・新規
	第1希望 〇〇保育園	継続 <input checked="" type="radio"/> 新規
	第2希望 ●●保育園	継続・ <input checked="" type="radio"/> 新規
第3希望 □□保育園	継続・ <input checked="" type="radio"/> 新規	
利用を希望する期間	令和 5年 4月 1日 から 令和 6年 3月 31日 まで	
利用希望曜日	利 用 希 望 時 間	
<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	8時00分 から 17時30分 まで	
延長保育の有無	【 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 】	幼稚園等※3との併願 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 園名()

※3「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

裏面も記入してください。⇒

