

施設型給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定申請書

浪江町長

年 月 日

次のとおり、施設型給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定を申請します。

[illegible]

避難先住所	〒
-------	---

1. 認定を受けようとする支給認定区分や希望する施設名称等

認定区分	☐ 1号認定 ☐ 2号認定 ☐ 3号認定	施設名称	
------	---	------	--

- ・ 1号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当しない場合
- ・ 2号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当する場合
- ・ 3号認定…満3歳未満で「保育の必要な事由」に該当する場合

2号認定、3号認定希望の方は裏面にも記入してください。

利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
--------	-------------------

2. 世帯等の構成

世帯等の構成（上記のお子さまを除く）	ふりがな 氏名 個人番号	子どもと の続柄	生年月日	勤務先・学校名等	障害者 手帳
			年 月 日		☐ 有
			年 月 日		☐ 有
		年 月 日		☐ 有	
		年 月 日		☐ 有	
		年 月 日		☐ 有	

生活保護法適用の有無 ☐適用無し ☐適用有り (年 月 日保護開始)

ひとり親家庭及びそれに類する状況にある場合の理由 ☐離婚 ☐死別 ☐未婚 ☐生死不明 ☐その他 ()

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること、また、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。

保護者

3. 施設等の利用希望時間（2号、3号認定を希望する方は記入してください。）

☐ 保育短時間利用（8時間まで）	☐ 保育標準時間利用（11時間まで）
---	---

4. 保護者の方の状況

保護者の続柄											
保育が必要 な事由	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護 ☐ 求職 ☐ 就学 ☐ その他（ ）					☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護 ☐ 求職 ☐ 就学 ☐ その他（ ）					
	「保育が必要な事由」に該当する箇所の具体的な状況を記入してください。										
就 労 の 状 況	形態	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 自営 ☐ 就労予定					☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 自営 ☐ 就労予定				
	場所	☐ 自宅 ☐ 自宅外					☐ 自宅 ☐ 自宅外				
	時間	月	時	分から	時	分まで	月	時	分から	時	分まで
		火	時	分から	時	分まで	火	時	分から	時	分まで
		水	時	分から	時	分まで	水	時	分から	時	分まで
		木	時	分から	時	分まで	木	時	分から	時	分まで
金		時	分から	時	分まで	金	時	分から	時	分まで	
土		時	分から	時	分まで	土	時	分から	時	分まで	
	日	時	分から	時	分まで	日	時	分から	時	分まで	
	1ヶ月あたり 時間					1ヶ月あたり 時間					
	往復の通勤時間	時間 分					時間 分				
	休業中 の場合	事由（ ） 期間 年 月から 年 月まで					事由（ ） 期間 年 月から 年 月まで				
妊娠・出産 の状況		出産予定日 年 月 日 出産後の予定（ ）					出産予定日 年 月 日 出産後の予定（ ）				
疾 病 ・ 障 が い の 状 況	疾病	病名（ ） 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 （1回の診療時間 平均 時間）					病名（ ） 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 （1回の診療時間 平均 時間）				
	障がい	☐ 身障（ 級） ☐ 精神保健（ 級） ☐ 療育（ A ・ B ）					☐ 身障（ 級） ☐ 精神保健（ 級） ☐ 療育（ A ・ B ）				
介護の状況		氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 ・ 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回（1回平均 時間）					氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 ・ 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回（1回平均 時間）				
求職の状況		☐ 求職中 ☐ 起業準備中 具体的な活動内容（ ）					☐ 求職中 ☐ 起業準備中 具体的な活動内容（ ）				
就学の状況		学校名 所在地					学校名 所在地				
その他の状況											

市町村記入欄（ここから下は記入しないでください）**

認定番号											
認定区分					認定期間					認定日	
号（ 短 ・ 標準 ）					年 月 日～ 年 月 日					年 月 日	
号（ 短 ・ 標準 ）					年 月 日～ 年 月 日					年 月 日	
号（ 短 ・ 標準 ）					年 月 日～ 年 月 日					年 月 日	
備考											

記入例

提出日をご記入ください

給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定申請書

年 月 日

次のとおり、施設型給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定を申請します。

保護者	ふりがな	なみえ たろう	生年月日	平成 〇年 〇月 〇日	職業	☒ 会社員 ☐ 自営業 ☐ 公務員 ☐ 無職 ☐ その他 ()	
	氏 名	浪江 太郎					
	住所	〒 979-1513 浪江町大字 幾世橋字六反田7番地2					
	連絡先	自宅： 0240-3*-**** 090-****-****					
子ども	ふりがな	なみえ かもめ	生年月日	令和 年 月 日	男・女	続柄	子
	氏 名	なみえ かもめ					
	住所	浪江町大字 同上					
	障害者手帳	☐ 有 ☒ 無					
個人番号			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 2				

保護者と同じ場合は“同上”

12ケタの個人番号（マイナンバー）を必ずご記入ください。

避難先住所	〒 979-1513 浪江町大字幾世橋	
1. 認定を受けようとする支給認定区分	☐ 1号認定 ☒ 2号認定 ☐ 3号認定	

認定区分については案内の中に記載されていますので、そちらをご覧になり希望する認定区分にチェックを入れて下さい。なお、保護者の方の状況により希望した区分が認定されない場合もあります。

- ・1号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当しない場合
- ・2号認定…満3歳以上で「保育の必要な事由」に該当する場合
- ・3号認定…満3歳未満で「保育の必要な事由」に該当する場合

2号認定、3号認定希望の方は

利用希望期間	令和7年 4 月 1 日 から 令和 〇 年 3 月 31 日 まで
--------	------------------------------------

2. 世帯等の構成

世帯等の構成（上記のお子さまを除く）	ふりがな 氏 名 個人番号	と 氏 名 個人番号	生年月日	勤務先・学校名等	障害者 手帳
	なみえ たろう	浪江 太郎	△年△月△日	株式会社なみえ	☐ 有
	1 2 3				
	2 3 4				☐ 有
	3 4 5				☐ 有
	浪江 ごすもす	姉	△年△月△日	なみえ創成小学校	☐ 有
	4 5 6 7 8 9 1 0 1 2 3 4				
	明 大 昭 平				☐ 有
	年 月 日				
	生活保護法適用の有無	☒ 適用無し ☐ 適用有り (年 月 日保護開始)			
ひとり親家庭及びそれに類する状況にある場合の理由 ☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ 生死不明 ☐ その他 ()					

世帯の方の個人番号も必ずご記入ください。

- ・利用希望期間は、利用開始日から小学校に入学する前の3月31日までとなります。
- ・3号認定の方は、3歳になった時に新たに認定証を交付しますが、申請書の提出は不要ですので小学校に入学する前の3月31日を記入してください。
- ・出産での利用希望については、出産予定日から8週間を経過する日の翌日の属する月の末日となります。
- ・求職活動、起業準備中の方の利用希望は、利用希望日より90日間となります。
- ・保護者の方の状況により必ずしも希望の利用期間が認定されないことがあります。

押印お忘れなく！

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な情報を提供すること、また、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言を行うことについて同意します。

保護者 浪江 太郎

浪江

3. 施設等の利用希望時間（2号、3号認定を希望する方は記入してください。）

☐ 保育短時間利用（8時間まで）	☒ 保育標準時間利用（11時間まで）
---	--

4. 保護者の方の状況

保護者の続柄		父	母		
保育が必要 な事由	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ その他（ 「保育が必要」		☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 介護（ 学）		
	保育を希望する時間が8時間までの方は「短時間」、8時間を超える場合は「標準時間」の方にチェックを入れて				
就労の 状況	形態	☒ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 自営 ☐ 就労予定	☐ 常勤 ☒ 非常勤 ☐ 自営 ☐ 就労予定		
	場所	☐ 自宅 ☒ 自宅外	☐ 自宅 ☒ 自宅外		
	時間	月	8時30分から17時15分まで	月	9時00分から16時00分まで
		火	時 分から 時 分まで	火	時 分から 時 分まで
		水	時 分から 時 分まで	水	時 分から 時 分まで
		木	時 分から 時 分まで	木	時 分から 時 分まで
金		時 分から 時 分まで	金	時 分から 時 分まで	
土		時 分から 時 分まで	土	時 分から 時 分まで	
1ヶ月あたり		175時間	1ヶ月あたり	132時間	
往復の通勤時間	時間	40分	時間	20分	
休業中 の場合	事由（ 期間 年 月 日から 年 月 日まで		事由（ 期間 年 月 日から 年 月 日まで		
妊娠・出産 の状況	出産予定日 出産後の予定（ 年 月 日		出産予定日 出産後の予定（ 年 月 日		
疾病・障 がいの 状況	疾病	病名（ 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 （1回の診療時間 平均 時間）		病名（ 入院期間 年 月から 年 月まで 通院 1週間に 回 （1回の診療時間 平均 時間）	
	障がい	☐ 身障（ 級） ☐ 精神保健（ 級） ☐ 療育（ A ・ B ）		☐ 身障（ 級） ☐ 精神保健（ 級） ☐ 療育（ A ・ B ）	
介護の状況		氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 ・ 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回（1回平均 時間）		氏名（ ）続柄（ ） 場所（ 入院 ・ 在宅 ） 期間 年 月から 年 月まで 付添 1週間に 回（1回平均 時間）	
求職の状況		☐ 求職中 ☐ 起業準備中 具体的な活動内容（ ）		☐ 求職中 ☐ 起業準備中 具体的な活動内容（ ）	
就学の状況		学校名 所在地		学校名 所在地	
その他の状況					

市町村記入欄（ここから下は記入しないでください）**

認定番号		
認定区分	認定期間	認定日
号（短・標準）	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日
号（短・標準）	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日
備考		