

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼現況届  
(2号・3号認定)

年 月 日

亘理町長 殿

保護者氏名		行政区	
-------	--	-----	--

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を申請します。

児童	氏名(フリガナ)	生年月日(出産予定日)	性別	R6.4.1現在
	( )	平成 令和 年 月 日	男・女	歳
認定者番号(※既に支給認定を受けている場合のみ記入)				
現在入所中の施設				
保育必要理由を具体的に記入				

○家庭の状況

区分	(フリガナ)氏名	申請児童との続柄	生年月日	性別	職業等	障害者手帳等の有無 障害基礎年金受給の有無 特別児童扶養手当受給の有無	備考
入所児童の世帯員	( )			男・女		有・無	
	( )			男・女		有・無	
	( )			男・女		有・無	
	( )			男・女		有・無	
	( )			男・女		有・無	
	( )			男・女		有・無	
	( )			男・女		有・無	
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始)					
ひとり親の場合		<input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 離婚調停中					

同意書	支給認定および保育料等算定のために必要な保護者等の所得状況等について、亘理町が調査することに同意します。  保護者氏名
-----	---

※提出書類の内容に虚偽があった場合や、申告内容に変更が生じたがその連絡がなかった等の場合、「教育・保育給付認定」、「入所内定」、「入所承諾」、「利用者負担額(保育料)」の決定を取り消すことがあります。

○保護者の状況

父親	保育必要事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他( )		
	通勤時間・手段	自宅から職場まで 時間 分		
母親	保育必要事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他( )		
	通勤時間・手段	自宅から職場まで 時間 分		
	出産	現在妊娠 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (出産予定日: 年 月 日)		
育休・求職中の場合		入所後2か月以内に月64時間以上の就労開始 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
育児休業中の場合		<input type="checkbox"/> 入所を希望する (育児休業終了後は復職する予定) <input type="checkbox"/> 入所保留を希望する (入所を希望せず、育児休業を延長する) ※優先順位を著しく下げたうえで入所調整します		
転入予定の場合		予定先住所: 転入予定日: 年 月 日		
入所保留になった場合		<input type="checkbox"/> 育休延長 <input type="checkbox"/> 就職時期を延ばす <input type="checkbox"/> 一時保育を利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園を利用 <input type="checkbox"/> 親族に頼る <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> わからない		

○祖父母の状況

		氏名	R6.4.1 現在	住 所	就 労 等 の 状 況	電話番号
父方	祖父		歳		<input type="checkbox"/> 就労(就労先: ) <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 病気療養 (入院中・通院・その他: ) <input type="checkbox"/> 無職・その他( )	
	同居・別居・いない					
父方	祖母		歳		<input type="checkbox"/> 就労(就労先: ) <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 病気療 (入院中・通院・その他: ) <input type="checkbox"/> 無職・その他( )	
	同居・別居・いない					
母方	祖父		歳		<input type="checkbox"/> 就労(就労先: ) <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 病気療養 (入院中・通院・その他: ) <input type="checkbox"/> 無職・その他( )	
	同居・別居・いない					
母方	祖母		歳		<input type="checkbox"/> 就労(就労先: ) <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 病気療養 (入院中・通院・その他: ) <input type="checkbox"/> 無職・その他( )	
	同居・別居・いない					
保育協力者の状況 (保護者に代わり児童の送迎・保育等に協力していただける方)						
<input type="checkbox"/> ①普段から送迎・保育等の協力が可能 <input type="checkbox"/> ②保育協力者がいない、または緊急時にのみ協力可能					【協力者氏名: 】 【児童との続柄: 】 【電話番号: 】	

○児童の状況

児童の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否【病名・アレルギー名: 】	
・子育て、集団生活で心配なことはありますか? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・発達または健康面について専門機関で相談を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他お子さんについて気になることがあれば記入してください (ことばの遅れや発達のことなど)		
[		
延長保育利用の予定 (午後6時から午後7時までの保育)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わからない	