

支給認定申請書（兼入園申込書）

年 月 日

保護者名 氏 名

㊟

七尾市長 殿

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。

※4月1日の年齢を記入してください。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年齢	性別	障害の 有無
	個人番号	年 月 日		男・女	有・無
保護者住所 連絡先	自宅 ()	父携帯			
		母携帯			
転入前住所	(転入日 年 月 日)				

①世帯の状況(同居の世帯全員)※別居していて主に保護者からの仕送りによって生活している子ども記入してください。

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先又は学校名等	同居・別居の区別	障害の有無
子どもの世帯員	個人番号	父	年 月 日			同居・別居	有・無
	個人番号	母	年 月 日			同居・別居	有・無
			年 月 日			同居・別居	有・無
			年 月 日			同居・別居	有・無
			年 月 日			同居・別居	有・無
			年 月 日			同居・別居	有・無
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)						
ひとり親世帯	該当あり ・ 該当なし						

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者名）

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名	希望理由
	第1希望	
	第2希望	

③保育の利用を必要とする理由

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況
		<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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育児休業中 <input type="checkbox"/> その他()	
希望する時間	希望する利用曜日		希望する利用時間
		時 分 から	・標準時間
		時 分 まで	・短時間

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型給付費等の支給認定に必要な市民税の情報(同一世帯を含む)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。

保護者氏名 ㊞

※施設(事業者)記載欄 (施設(事業者)を經由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

※市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由) 〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 〕	自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
備考		