

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼入園申込書

(宛先) 和泊町長 前 登志朗

令和6年12月15日

保 申 護 請 者 者	住 所	大島郡和泊町 和泊10		
	氏 名 生年月日	和泊 太郎	<input checked="" type="radio"/> (昭和)	平成 ) 62年 9月15日
連 絡 先	自 宅	( — — )		
	携 帯 等 ①	( 090 — 1234 — 5678 )	<input checked="" type="radio"/> (父)	母・( )
	携 帯 等 ②	( 090 — 4321 — 8765 )	<input checked="" type="radio"/> (父)	母 ( )

次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費、特例施設型給付費及び特例地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請に係る小学校就学前の児童		続 柄	支給認定証番号	※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。	
フリガナ	ワドマリ サブロウ	次男			
氏 名	和泊 三郎	障害者手帳の有無	生年月日	令和 4年 5月 1日 ( <input checked="" type="radio"/> 男・女 )	
個人番号	123456789100	有 <input checked="" type="radio"/> 無			
保育の希望の有無 (該当する方に○)	<input checked="" type="radio"/> 有	保護者の労働、疾病等の理由により、保育施設の利用を希望される場合 (幼稚園等と併願する場合を含む。)			
	<input type="radio"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育施設と併願する場合を除く。)こども園の半日保育を含む。			

個人番号の記入をお願いします。

①世帯の状況 (同居の世帯員)

区 分	(フリガナ) 氏 名	子ども の続柄	生年月日	性別	職業、学校名等 個人番号	備考	
子 ど も の 世 帯 員	ワドマリ タロウ 和泊 太郎	父	S62年9月15日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	(株)〇〇会社 123456789100		
	ワドマリ ハナコ 和泊 花子	母	S62年7月15日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇法人 〇〇 123456789100		
	ワドマリ ジロウ 和泊 次郎	兄	H25年8月10日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	和泊小学校新6年 123456789100		
	ワドマリ ナナ 和泊 奈々	姉	R1年7月15日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	わどまり保育園 123456789100		
				年 月 日生	男・女		
				年 月 日生	男・女		
				年 月 日生	男・女		
				年 月 日生	男・女		
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日保護開始)					

(裏)

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	令和 7年 4月 1日 から 令和 8年 3月 31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		事業所番号*
	第1希望	わどまり保育園（希望理由） 現在、通っているため。	
	第2希望	国頭こども園（希望理由） 次に家から近いため。	
	第3希望	大城こども園（希望理由） 父の職場に近いため。	

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

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（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）等
	父	<input checked="" 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のおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ）	別紙（就労証明書）のとおり
母	<input checked="" 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のおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ）	別紙（就労証明書）のとおり	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日 月 曜日から 土 曜日まで		利用時間 8 時から 18 時まで

④税情報等の提供に当たっての同意署名欄

和泊町が施設型給付費、地域型保育給付費等の支給認定に必要な町民税の情報(①に記入を頂いた児童の同居者の情報を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、また、この情報に基づき決定される利用者負担額(保育料)について、和泊町から特定教育・保育施設等(児童が入園決定した施設等のみ)に対し通知することに同意します。

同意確認年月日	令和 6年 12月 15日	同意確認年月日	令和 6年 12月 15日
同意者氏名	和泊 太郎 (印)	同意者氏名	和泊 花子 (印)
同意確認年月日	令和 年 月 日	同意確認年月日	令和 年 月 日
同意者氏名	(印)	同意者氏名	(印)

【記入はここまで】

\*町記入欄

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

認定の可否		認定者番号	認定区分等
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)		<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(入園)の可否		支給(利用)期間	
可・否	(否とする理由)	自: 令和 年 月 日	至: 令和 年 月 日
入園施設(事業者)名			
備考			