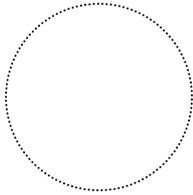


受付印

(申請様式1)



- 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書
- 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定現況届
兼 保育所等利用申込書

市確認印



令和 年 月 日

北秋田市長 様
施設長 様

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。

保 護 者 ※	現住所				
	フリガナ氏名				
	電話 (優先的に使う連絡先を○で囲んでください)	自宅	—	—	—
		携帯(父)	—	—	—
		携帯(母)	—	—	—

(※自署の場合は捺印不要)

※上記保護者を、支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。

①申請児童

フリガナ 申請児童氏名	生年月日	平成/令和 .	性別	男・女	障害者手帳 等の有無 ※1	有・無
保育の希望の有無	有 : 保護者の労働または疾病等の理由により、保育園、認定こども園(保育部分)、地域型保育(小規模保育等)において保育の利用を希望する場合 無 : 幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合				サポート 希望の有無	有・無
現在の保育状況	1. 保育所等()に入園 2. 家族等()が保育 3. その他					
児童の健康状況 【該当する場合】	アトピー・ぜんそく・その他() アレルギー(アレルギーの種類:)					

※1→障害者手帳・療育手帳・特別児童扶養手当証書等の写を添付してください。

②世帯構成(申請に係る児童を除く、すべての同居者を記入してください。)

区分	氏名	児童との 続柄	性別	生年月日	勤務先/通学(園)先	
児童の同居者			男・女	・		
			男・女	・		
			男・女	・		
			男・女	・		
			男・女	・		
			男・女	・		
			男・女	・		
			男・女	・		
該当有無	ひとり親世帯	有・無	在宅障がい者※2	有・無	生活保護受給	有・無

※2→手帳の写を添付してください。

③利用を希望する期間と希望する施設(事業所)名→原則第3希望まで記入してください。

利用を希望する期間	令和 年 月 日 ~	就学まで	・	令和 年 月 日 まで
施設(事業所)名	第1希望	保育園・こども園		
	第2希望	保育園・こども園		
	第3希望	保育園・こども園		

