

支給認定申請書兼施設利用申込書

年 月 日

秩父別町長 様

保護者氏名

印

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の申請及び施設の利用を申込みます。

申請に係る児童	(ふりがな) 氏 名	(生年月日 年4月1日時点の年齢)	性別
		年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
保護者住所	住所 秩父別町		
	(年1月1日時点の住所) *上記と異なる場合に記入		
保護者連絡先	自宅	父携帯	母携帯
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。		
保育希望の有無	有 (2号・3号)	保護者の労働等の理由により認定こども園の保育部分の利用を希望する場合	
	無 (1号)	認定こども園の教育部分の利用を希望する場合	

① 個人情報等の提供に当たっての署名

秩父別町が施設型給付費・地域型保育給付費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に同意します。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 印

② 世帯の状況（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	(ふりがな) 氏 名	児童との 続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等
児童の世帯員			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			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 type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始)			
ひとり親世帯の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り			
在宅障がい者(児)の有無		<input type="checkbox"/> 無し ・ <input type="checkbox"/> 有り (氏名:)			

③ 申請児童の情報

障がい者手帳の情報	<input type="checkbox"/> 無し・ <input type="checkbox"/> 有り (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 無し・ <input type="checkbox"/> 有り ()
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 () 主な症状 ()