支給認定申請書（認可外保育施設用）

（宛先）甲州市長

保護者の就労、疾病その他の理由により、認可外保育施設利用に係る支給認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | フリガナ |  | | | | 申請  子どもとの続柄 |  | | 居住地 | 〒　　　－ | | |
| 氏名 |  | | | |
| 日中の連絡先（電話番号）＊確実に連絡の取れる順に記入して下さい。 | | | | | | | | | | | |
| ① | | | 父携帯　･　母携帯  父勤務先　･　母勤務先  自宅・その他(　　　） | | | | ② | | | 父携帯　･　母携帯  父勤務先　･　母勤務先  自宅・その他(　　　） | |
| 申請  子ども | フリガナ |  | | | 現住所  申請者と異なる  場合のみ記載 | | | 〒　　　－ | | | | 認定番号 |
| 氏名 |  | | |  |
| 生年月日 | | | 平成・令和　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 保育を必要とする理由 | 父（　　）母（　　）　※（　）内に次の該当する番号を記入してください。  1.就労 2.妊娠出産 3.疾病・障害 4.介護･看護 5.災害復旧 6.求職活動 7.就学 8.虐待・DV 9.育児休業 10.その他（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 就労時間等 | | 父：　　　　　　～　　　　　　／母：　　　　　　～ | | | | | | | | | |
| １カ月あたり就労等に要する時間  保育を必要とする理由が  1,4,7,10の場合記入 | | 父（　１日就労等時間　　＋　往復通勤等時間　）×１月あたり日数  （　　　時間　　　分　＋　　　時間　　　分）×　　　　　　日　＝　　　時間　　　分 | | | | | | | | | |
| 母（　１日就労等時間　　＋　往復通勤等時間　）×１月あたり日数  　　（　　　時間　　　分　＋　　　時間　　　分）×　　　　　　日　＝　　　時間　　　分 | | | | | | | | | |

保護者及び同居者を全員記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請子どもの保護者及び同居者 |  | フリガナ  氏名 | 申請子ども  との続柄 | 生年月日 | | 就労・通学・通園先  又は単身赴任先 | 要介護認定又は  障害者手帳 |
| 1 |  |  | 大正・昭和  平成・令和 | 年　　　　月　　　　日 |  | □有 |
|  |
| 2 |  |  | 大正・昭和  平成・令和 | 年　　　　月　　　　日 |  | □有 |
|  |
| 3 |  |  | 大正・昭和  平成・令和 | 年　　　　月　　　　日 |  | □有 |
|  |
| 4 |  |  | 大正・昭和  平成・令和 | 年　　　　月　　　　日 |  | □有 |
|  |
| 5 |  |  | 大正・昭和  平成・令和 | 年　　　　月　　　　日 |  | □有 |
|  |

利用施設名をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 所在地 | 〒　　　　－  　TEL:　　　　　　　　－　　　　　　　　－ |
| 施設名 |  |

税情報等の提供にあたっての署名

支給認定に必要な世帯等の課税状況及び世帯等情報について、関係機関へ照会することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名