

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 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（ ）
子 申 請 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 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	〒	—
施設名			TEL: — —	

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_____