

支給認定申請書（現況届） 兼 施設利用（入所）申込書

（あて先）
能登町長
兼 施設管理者

平成 年 月 日

申請者（保護者）
〒

電話（自宅）

住所 能登町字

携帯（父）

氏名

Ⓔ

携帯（母）

申請 区分	<input type="checkbox"/> 新規
	<input type="checkbox"/> 継続

施設型給付費・地域型給付費に係る支給認定を申請（現況届）します。併せて施設の利用（入所）を申込みます。

申請児童	ふりがな氏名	生年月日	性別	年齢
		平成 年 月 日	男・女（第 子）	（ 歳） *平成31年 4月1日の年齢
保育の希望の有無 <small>（保育短時間認定希望） 有無</small>	有	保護者の就労等の理由により保育の利用を希望する場合 <input type="checkbox"/> 保育標準時間認定を受けられる場合でも、祖父母の協力等により保育短時間認定（8:30～16:30）を希望		
	無	教育の利用を希望する場合（保育との併願を除く）		
利用希望する施設名	第1希望	保育所（園）	*希望理由	
	第2希望	保育所（園）	*希望理由	
利用希望期間	（平成 年 月 1日 ～ 平成 年 月 日まで）			*月初日から 月末日まで
保育を必要とする利用時間	平日	（ 曜日から 曜日まで）		土曜日
	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで		時 分から 時 分まで

【児童の家庭の状況】※同居していなくても「生計を一にする」きょうだいがいる場合は記入してください。

児童の世帯員 <small>（申請児童除く）</small>	ふりがな氏名	続柄	生年月日・個人番号	年齢	性別	職業・勤務先、学校等	備考	
	父		父	昭・平 年 月 日 個人番号		男		
		母	母	昭・平 年 月 日 個人番号		女		
				昭・平 年 月 日		男・女		
				昭・平 年 月 日		男・女		
				昭・平 年 月 日		男・女		
				昭・平 年 月 日		男・女		
				昭・平 年 月 日		男・女		
			昭・平 年 月 日		男・女			
生活保護の適用の有無		無 ・ 有 （平成 年 月 日保護開始）						
ひとり親家庭の適用状況		無 ・ 有 （平成 年 月 事由発生）						
在宅障害児（者）の有無		無 ・ 有 （氏名 手帳種別 等級） ※手帳写提出						

【祖父母の状況】

		ふりがな氏名	年齢	就労有無	児童との同居・別居	住所（別居の場合のみ記入）
父方	祖父			有・無	同居・別居	
	祖母			有・無	同居・別居	
母方	祖父			有・無	同居・別居	
	祖母			有・無	同居・別居	

