

受付日	年長 2歳	1号 2号 3号	生保	就労		課税		口振	転入	広域入所
R . . .	年中 1歳	標 短	母子	父	母	父	母			
栗 わ つ 教	年少 0歳	1子 2子 3子	障害							

支給認定申請書 兼 利用申込書

令和 年 月 日

小布施町長 様

申請者氏名 (代表保護者)	⑩
------------------	---

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。あわせて保育園等への入園を申し込みます。

<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 継続申込										
入園児童	(ふりがな) 氏 名		生年月日		性別	障害者手帳等の有無				
			平成・令和 年 月 日生 ()歳(R4.4.1現在)		男・女	有・無				
個人番号			アレルギー等							
支給認定証番号			※既に認定を受けている場合							
住所・連絡先	〒 ー 自治会		住所 小布施町大字		自 宅	-	-	父携帯	-	-
					母携帯	-	-			

①利用を希望する期間、園等

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで									
利用を希望する園	第1希望					希望理由				
	第2希望					希望理由				
利用を希望する時間等	支給認定		保育必要量		利用時間		※延長保育は別途申込みが必要です		保護者の就労条件等	
	<input type="checkbox"/> 1号(3歳以上)		/		9:00~15:00(最大6時間)		なし			
	<input type="checkbox"/> 2・3号		<input type="checkbox"/> 短時間		8:30~16:30(最大8時間)		月64時間以上			
			<input type="checkbox"/> 標準時間		7:30~18:30(最大11時間)		月120時間以上			

※両親ともに就労時間が月120時間以上の場合は、短時間・標準時間どちらも利用できます。両親のうち1人の就労時間が月64時間以上120時間未満の場合は、短時間のみ利用できます。

②世帯の状況 (入園児童以外の同居の世帯全員を記入してください。年齢はR4.4.1現在)

児童の世帯員	(ふりがな) 氏 名 (父母は個人番号)		児童との 続柄	生年月日		性別	会社、学校(園)名等		障害者手帳等の有無	
			父	大昭 平令	年 月 日 ()歳		男			有・無
			単身赴任等 有・無		単身赴任先		都道府県		市区町村	
			母	大昭 平令	年 月 日 ()歳		女			有・無
			単身赴任等 有・無		単身赴任先		都道府県		市区町村	
				大昭 平令	年 月 日 ()歳		男女			有・無
				大昭 平令	年 月 日 ()歳		男女			有・無
			大昭 平令	年 月 日 ()歳		男女			有・無	
			大昭 平令	年 月 日 ()歳		男女			有・無	

