



別記様式第1号（第6条関係）（裏面）

③保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	保護者の続柄	理由	備考
	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者) のいる世帯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
利用時間	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間） ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）		

④税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。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。また、認定事務及び利用調整事務が集中する場合は審査に時間を要することから、認定結果及び利用調整結果の通知が1ヵ月を超えることに同意します。

保護者氏名 当別 太郎

必ず自筆で署名願います。

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無（有 ・ 無）

（対象となる世帯員の氏名・当時の居住地）

当別 太郎、花子、一郎、二郎 札幌市〇〇区〇〇

\*当別町記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	支給認定証番号	認定区分等
可（ 年 月 日認定） 否（理由：		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給	当別町記載欄のため 記入の必要はありません。	支給（利用）期間
可・否（理由： （ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例加	）	自 年 月 日 至 年 月 日
<input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼） <input type="checkbox"/> 地（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）		
備考		

\*施設記載欄（施設（事業者）を經由して当別町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	（事業所番号： ）
担当者氏名 連絡先	（担当者氏名） （連絡先）
利用契約（内定）の有無	日契約・内定） ・ 無
備考	