

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

新規 更新 転入
保育の必要性の変更

該当する□にチェックをしてください

平成 年 月 2号・3号認定記入例

愛川 2人以上の児童が申請を行う場合は、
 次のとおり児童ごとに用紙を提出してください

係る支給認定を申請します。

申請に係る小学校就学前児童	アイカワ ハナコ	児童の個人番号（12桁のマイナンバー）を記入してください
	愛川 花子	（※を添付して下さい）
個人番号（12桁のマイナンバー）		*****

保護者氏名	氏名（窓口来庁者）： 愛川 愛子
住所・連絡先	〒243-0301 現住所： 愛川町 角田251-1

日中連絡がつきやすい順に電話番号を記入してください

046 (285) 2111	(自宅・父携帯・母携帯)
()	(自宅・父携帯・母携帯)
1月1日	愛川町内 ・ (愛川町外)

保育の希望の有無(※)

有： 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む）

無： 幼稚園等

保育を希望する場合には、保育を必要とする理由を証明できる書類（就労証明書・診断書等）が必要です。

・「保育所等」とは、保育所、認定こども園、認可外保育施設、認定こども園内保育をいいます。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～②に、「無」を○で囲んだ場合は①に必要事項を記入してください。

・「有」を○で囲んだ場合は、保育を必要とする理由を証明できる書類についても合わせて提出してください。

・③は内容を確認していただき、ご署名をお願いいたします。

①世帯の状況（同居の世帯員）

区分	（フリガナ）氏名	児童との続柄	生年月日	個人番号（12桁のマイナンバー）	職業、学校名等		
申請に係る児童の世帯員	アイカワ タロウ	父	T・S・H 53年 7月	*****	〇〇幼稚園		
	愛川 太郎						
	アイカワ アイコ	母	T・S・H 55年 2月 23日				
	愛川 愛子						
	アイカワ イチロウ	兄	T・S・H 25年 3月 3日				
	愛川 一郎						
	アイカワ ダイスケ	祖父	申請児童本人以外の同居している方全員を記入してください ※書ききれない場合は、下の余白に記入してください				
	愛川 大輔						
	アイカワ ヤヨイ	祖母					
愛川 弥生							
生活保護の適用の有無（有の場合は受給者証の写しを添付してください）	適用						
在宅障がい者（児）の有無（有の場合は障がい者手帳等の写しを添付してください）	無		有（氏名：）				
家庭の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり親家庭（母子・父子のみの世帯）			<input type="checkbox"/> 左記以外			
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（祖父母等同居の世帯）						

②保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他()
	母	<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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他()
希望認定時間(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間まで) <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間まで)	※「入所申込みのご案内」の2ページの保育の必要性の認定基準を参考に記入

※保育を必要とする事由・状況等を保育の必要性の認定基準に基づき決定しますので、希望する保育の時間・保育料等については、希望する保育の時間・保育料等に関する欄で記入してください。また、希望する保育の時間・保育料等に関する欄の「保育の希望の有無」欄で「有」を囲んだ場合は、該当する□にチェックし、その理由を証明する書類を提出してください(就労証明書・診断書等)

③「入所申込みのご案内」をよくお読みなり、同意の上、各項目の確認欄にチェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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し、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や保育所入所に必要な書類等を提供することに同意します。
<input checked="" type="checkbox"/>	新年度4月利用開始の場合、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、締切日までに提出された支給認定申請については、翌年3月までに認定します。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。
すべての項目について同意します 保護者氏名 <u>愛川 愛子</u>	

-----以下は記入しなくて結構です-----

認定の可否	支給認定証番号	認定区分等
可 否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
備考	記入しないでください	
*施設記載欄(施設[])	点	
受付年月日	人、協力者:有・無	
施設(事業者)名		
担当者氏名		
連絡先電話番号		
備考		
入所契約(内容)の有無	有【契約(内定)(年 月 日契約(内定))】・無	

番号確認	通・個・住・他()
身元確認	免・バ・個・住・在・身・他() (No.)
受付担当者	()