

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□にチェックをして下さい

平成 年 月 日

フリガナ

保護者氏名

印

愛川町長殿

※自署の場合は、押印不要

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。

申請に係る小学校就学前児童	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳、療育手帳の有無
		平成 年 月 日生	男・女	有・無 (有の場合は写しを添付して下さい)
	個人番号(12桁のマイナンバー)			
保護者住所・連絡先	〒243-030 現住所: 愛川町			
	電話番号:	() () ()	() () ()	(自宅・父携帯・母携帯) (自宅・父携帯・母携帯)
	平成29年1月1日現在の住所	愛川町内・愛川町外 町外→[]都道府県[]市区町村		
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: 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			

・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。(以下同じ)

・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①～②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。

・④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		父	年 月 日		
		母	年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り(平成 年 月 日保護開始)				
在宅障害者(児)の有無	無・有(氏名:)				
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外				

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者名)

利用を希望する期間	平成30年 月1日から 平成 年 月 日まで ・ 就学まで		
利用を希望する施設(事業者名)	施設(事業者)名		
	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		

③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下さい。

	続柄	必要とする理由	希望認定時間
保育の利用を必要とする理由		<input 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"/> 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()	<input 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)
		<input 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"/> 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()	※入所申込みのご案内 内の2ページの保育の 必要性の認定基準を 参考

④個人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。また、支給認定申請の結果について、4月からの新規入所・継続入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。

保護者氏名

-----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
年 月 日認定			(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	
備考	・父:就労() h/月 点 計 点 ・母: () h/月 点		子ども: 人、協力者:有・無	

*施設記載欄(施設[事業者]を経由して愛川町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
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	()