

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 日

愛川町長殿

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
		年 月 日	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)			
保護者氏名住所・連絡先	氏名(窓口来庁者):			
	〒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)	
保育の希望の有無	平成30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)			

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	T・S・H 年 月 日		
		母	T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
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)		適用無し ・ 適用有り(平成 年 月 日保護開始)			
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 type="checkbox"/> ひとり親家庭 (母子・父子のみの世帯) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (祖父母等同居の世帯)		<input type="checkbox"/> 左記以外	

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事由	続柄	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"/> 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()
		<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"/> 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 type="checkbox"/> 保育標準時間(11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
	<input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間まで)	

※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と照らし合わせて決定しますので、希望と異なる場合がありますが、あらかじめご了承ください。

③個人情報等の提供及び虚偽の申請等に当たっての署名欄

「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 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 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 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 _____	

-----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・パ・個・住・在・身・他() (No.)
受付担当者	()