

教育・保育給付認定申請書

茨城町長 宛

収受印

教育・保育給付認定及び施設利用について、必要書類を添えて、次のとおり申し込みます。
茨城町が施設型給付費・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し、その情報に基づき決定した利用者負担額並びに提出した書類等の内容について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請日 令和 年 月 日

保護者 (提出者)	住所	
	氏名	(印)
連絡先	自宅	— —
	父携帯	— —
	母携帯	— —

令和3年度用

申請に係る 児童	ふりがな		性別	生年月日	備考	手帳等の有無※2
	氏名		男・女	年 月 日	令和 3年 4月 1日現在 (歳)	<input type="checkbox"/> 有
	個人番号(マイナンバー)			保育希望の有無 ※1	有 (2・3号)	(標準時間 ・ 短時間)
					無 (1号)	

※1 保育希望を「無」に○をつけた方は「③保育の利用を必要とする理由」の記載は必要ありません。

「標準時間」:施設ごとに定める時間帯のうち、最長11時間の保育利用が可能

「短時間」:施設ごとに定める時間帯のうち、最長8時間の保育利用が可能

※2 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付、特別児童扶養手当の支給、国民年金の障害基礎年金の受給がある方は、「□有」にチェック願います。

①世帯の状況(同居の世帯員【単身赴任等で別居中の保護者(別居先住所を勤務先欄に記入願います。)、保護者と生計を一にしている家族の記載もお願いいたします。】①子・孫(別居者) ②保護者が監護※している、もしくは監護していた方(別居者) ※面倒をみている

区分	ふりがな	入所児童 との続柄	生年月日	性別	勤務先、学校・園名等 (連絡先)	手帳等の 有無※2
	氏名					
	個人番号(マイナンバー)					
児童の 世帯員及び 敷地内同居者			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	<input type="checkbox"/> 有
令和2年1月1日現在(令和3年9月1日 以降入所児童は令和3年1月1日現在) 保護者の住民登録状況		(父)	<input type="checkbox"/> 茨城町内 <input type="checkbox"/> 茨城町外(市町村名)	(母)	<input type="checkbox"/> 茨城町内 <input type="checkbox"/> 茨城町外(市町村名)	
生活保護の状況		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)				

※事実に基づき、太枠内にもれなく記入してください。

(裏面もあります)

(裏)

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		令和 年 月 1 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで
			<input type="checkbox"/> 令和 年 月末日まで
入所を希望する施設名・希望理由	第1希望		希望理由
	第2希望		希望理由
	第3希望		希望理由

③保育の利用を必要とする理由

※保護者の就労又は疾病などの理由により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	具体的な状況 (就労状況・時間・日数・疾病の状況等)
		<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"/> 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	
	出産予定日	年 月 日	
	産前産後休暇の取得状況(予定)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	育児休業の取得状況(予定)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	

【※町記入欄】

受付年月日		
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 年 月 日認定 (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)
支給(入所)の可否		認定有効期間
可・否 (否とする理由)		自 至
入所施設(事業者)名		利用期間
		自 至

*施設記載欄(施設を経由し市町村に提出する場合)

受付年月日	
施設(事業者)名	
備考	