

教育・保育給付認定申請書

茨城町長 宛

町 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		
令和6年度用		連絡先	自宅	— —	
			父携帯	— —	
			母携帯	— —	
申請に係る 児童	ふりがな	性別	生年月日	備 考	
	氏 名	男・女	年 月 日	令和 6年 4月 1日現在 (歳)	
	個人番号(マイナンバー)		保育希望の有無※	有 (2・3号)	(標準時間 ・ 短時間)
				無 (1号)	
				障害者手帳等の有無 有・無	

※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」「④保育を希望する日数・時間」の記載は必要ありません。

※保育必要量は、保護者の就労時間・状況等を教育・保育給付認定基準に照らし合わせ、最終的に町が決定します。

「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

①世帯の状況 ※父母及び同一住所に住んでいる全員(単身赴任などの保護者や世帯分離している人も含む。)について記入してください。

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)	障害者手帳 等の有無	
	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)	有・無	
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平令 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
令和5年1月1日現在(令和6年9月1日 以降入所児童は令和6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)	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外					
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 適用なし ・ <input type="checkbox"/> 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)

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	

④保育を希望する日数・時間

希望利用日数	希望利用時間
1か月当たり 日	時 分から 時 分まで

※「③保育の利用を必要とする理由」に基づき、保育を希望する日数および時間(児童を預けてから迎えに来るまで)をご記入ください。

※希望利用時間と希望する保育施設の利用時間は異なります。必ずしも希望利用時間で利用できるとは限りませんので、ご注意ください。

【※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	(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)
年 月 日認定			
支給(入所)の可否		認定有効期間	
可・否	(否とする理由)	自 至	
		利用期間	
入所施設(事業者)名		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	