

教育・保育給付認定申請書
(施設型給付費・地域型保育給付費)

年 月 日

保護者氏名

河北町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性 別	障害者手帳、療育手帳の有無
		年 月 日生	男・女	有・無
保 護 者 住 所・連 絡 先	住 所: 〒			
	電話番号: () ()			
	当該年度1月1日現在の住所	河北町内・河北町外(市町村名)		
認定番号	※既に認定を受けている場合に記入してください。			
利用区分の希望 (どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 2号・3号認定を希望			
	<input type="checkbox"/> 1号認定を希望			

・「2号・3号認定を希望」する場合は①、②、③を、「1号認定を希望」する場合は①、③を記入してください。

・「2号・3号認定を希望」する場合は、この申請書に添付資料をつけて申請してください。「1号認定を希望」する場合は、この申請書のみ提出してください。

① 世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業、勤務先等	備 考
同居の世帯員				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
生活保護の適用の有無		適用無 ・ 適用有 (年 月 日保護開始)				

(裏面も記入してください)

(裏面)

② 保育を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 本人の疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族等の介護等 <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"/> 育児休業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"/> 本人の疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族等の介護等 <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"/> 育児休業取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間等	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時 分から 時 分まで

③ 個人情報等の提供にあたっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な町民税等の課税情報(同一世帯員を含む)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に同意します。

保護者氏名

⑨

保護者の個人番号

配偶者の個人番号

申請に係る子どもの個人番号

*町記入欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否		認定番号	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			
支給の可否		支給(利用)期間	
可・否	(否とする理由)	自: 年 月 日 至: 年 月 日	
施設(事業者)名			
備考			