

子どものための教育・保育給付支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名

印

高萩市長 宛て

次のとおり、子どものための教育・保育給付に係る支給認定を申請します。

申請に係る子ども	氏名		生年月日 個人番号	性別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
	(ふりがな)		年 月 日生		
保護者	住所	茨城県高萩市			
	連絡先 (電話番号)	(自宅)	(携帯)	()	
認定者番号	既に支給認定を受けている場合に記入してください。				
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。(以下同じ)
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況(上記のお子さま以外の世帯員について記入してください)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	障害者手帳 の有無	備考
			個人番号					
児童の世帯員	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)						

- (※) 児童の父母が令和3年1月2日以降に高萩市へ転入した場合は、前住所地の市町村役場で発行される「令和2年度市区町村民税(住民税)課税(非課税)証明書」を添付してください。

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	年 月 日 から 年 月 日 まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)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)

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。
 ○ 字は楷書ではっきりと書いてください。 *印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

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は記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
			<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"/> その他（ ） （具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など））
		<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"/> その他（ ） （具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など））	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用曜日時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時から 時まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄・認定結果通知に関する署名欄

市が子どものための教育・保育給付の支給認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、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。

4月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、認定結果は利用調整の結果とともに3月ごろまでに通知することに同意します。

保護者氏名 印

* 市記載欄

受付年月日	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		支給（利用）期間
可・否 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 （否とする理由）		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼） <input type="checkbox"/> 地（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）		
備考		

* 施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設（事業者）名	（事業所番号： ）
担当者氏名 連絡先	（担当者） （連絡先）
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備考	