

教育・保育給付認定申請書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

年 月 日

箱根町長 様

保護者氏名

印

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 | (フリガナ) 氏 名 | 生 年 月 日 個 人 番 号 | 性別 男・女 | 障害者手帳、 療育手帳の 有無 有・無 |
| | | 年 月 日 生 | | |
| 保護者 住所・連絡先 | 現住所：〒250- 箱根町 電話番号： 年1月1日現在の住所 箱根町内 ・ 箱根町外 | | | |
| 支給認定番号 | ※既に教育・保育給付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により、保育所等において保育の利用を希望する場合 | | | |
| | 無： 幼稚園等の利用を希望する場合 | | | |

※ ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）をいいます。（以下同じ）

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（幼稚園部分）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（同居の世帯員）

| 区分 | (フリガナ) 氏 名 | 子どもと の続柄 | 生 年 月 日 | 性別 | 職業、 学校名等 | 市町村民税 課税の有無 | 備考 |
|-------------|---------------|-------------------------|---------|-----|-------------|----------------|----|
| | | | 個 人 番 号 | | | | |
| 子どもの 世帯員 | | | 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | | | | | |
| | | 年 月 日 生 | 男・女 | | 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） | | | | | |

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 | | | 事業所番号* | |
| | 第1希望 (希望理由) | | | | |
| | 第2希望 (希望理由) | | | | |
| | 第3希望 (希望理由) | | | | |

○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（勤務先、就労時間・日数や疾病の状況等） | |
| | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 育児休業取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 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 | 利用曜日 | | 利用時間 | |
| | 曜日から | 曜日まで | 時 分から | 時 分まで |

④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 印

⑤支給認定証申請

※今回の申請の教育・保育給付認定内容が、記載されています。

| | |
|------------|---|
| 支給認定証の交付申請 | <input type="checkbox"/> 申請する。 <input type="checkbox"/> 申請しない。 |
|------------|---|

⑥教育・保育給付認定期限到達時（満3歳児）の支給認定証申請

※3歳到達時の教育・保育給付認定内容が、記載されています。

| | |
|------------|---|
| 支給認定証の交付申請 | <input type="checkbox"/> 申請する。 <input type="checkbox"/> 申請しない。 |
|------------|---|