

教育・保育給付認定（現況届）申請書（法第19条第1項第1号・第2号・第3号）

（宛先）中井町長

【申請にあたって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、教育・保育給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、住民基本台帳、課税台帳その他公簿等を確認する（マイナンバーを用いた情報連携を含む）ことや、官公署に対して必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 申請書等に記載した内容は、教育・保育給付認定や施設型給付費・地域型保育給付費等の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第20条第6項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。
- 副食費の施設による徴収に係る補足給付費申請に必要な情報として、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を中井町が閲覧及び調査することがあります。

以上のことに同意し、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（現況）を申請（届出）します。

		認定希望日（施設利用開始日）		令和 年 月 日	
保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	現住所	〒 259 - 中井町
	氏名			現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒
	日中の連絡先（電話番号）＊確実に連絡の取れる順に記入して下さい。			生年月日	年 月 日
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	個人番号 （マイナンバー）
申請子ども	フリガナ		現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒	個人番号（マイナンバー）
	氏名		生年月日	年 月 日	
	障害者手帳・療育手帳の有無		有 ・ 無		
認定種別	<input type="checkbox"/> 第1号（3歳から5歳で保育の必要性に該当しない子ども） <input type="checkbox"/> 第2号（3歳から5歳で保育の必要性に該当する子ども） <input type="checkbox"/> 第3号（0歳から2歳で保育の必要性に該当する子ども）			左記で第3号に該当し、市町村民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 市町村民税所得割非課税に該当	
認定希望日と 同年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※2.3. が現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村それぞれで発行される1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書（課税証明書など）を添付してください。

①世帯の状況（同居の世帯員）

◆上記「認定種別」が（第2号もしくは3号）に該当する場合に、世帯の状況（申請子どもの保護者、同居の家族および同居者の全員）を記入して下さい。

※個人番号欄は、上記「認定種別」が（3号）に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

※生計中心者欄：生計の中心者の番号に○を付けて下さい。

	フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は 障害者手帳
申請子どもの 保護者及び同居者 （生計の中心者の番号に○を付けてください。）	1		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	7		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
ひとり親の 場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死別（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居（ 年 月 日（頃）から【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有》】）				
生活保護の 受給状況	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日保護開始） ※生活保護受給者証を添付してください。				

《必ず裏面も記入して下さい》

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	令和 年 月 日から		令和 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			
	第2希望			
	第3希望			

*印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。

③保育の利用の必要とする理由等

◆「認定種別」が（第2号もしくは3号）に該当する場合に、世帯の状況（申請子どもの保護者、同居の家族および同居者の全員）を記入して下さい。

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・日数等や疾病の状況など）等
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休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"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休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	

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝ 【記入はここまで】 ＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

*町記入欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

教育・保育給付認定の可否		教育・保育給付認定番号	教育・保育給付認定区分
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	(否とする理由)	自： 年 月 日	至： 年 月 日
入所施設（事業者）名			
備考			