第１号様式（第４条、第７条関係）

**支　給　認　定　（　現　況　届）　申　請　書**

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

　　　年　　　月　　　日

中井町長　様

　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

個人番号(※)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定(現況)を申請(届出)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 | 性別 | 障害者手帳、療育手帳の有無 |
|  | 　　　　年　　月　　日 |  | 男　・　女 | 有　・　無 |
|  | 個人番号（※） |
|  |
| 保護者住所・連絡先 | 現住所： | 〒 | 259 | - |  |  |
| 中井町 |  |
|  |  |
| 電話番号： |  | ( |  | ) |  |  |
|  |  | ( |  | ) |  |  |
| 　　　　平成３０年１月１日現在の住所 | 中井町内　・　中井町外 |
| 支給認定番号 |  | （※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（幼稚園との併願の場合を含む） |
| 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） |

（※）

・**現況届の場合は、個人番号の記入は不要です。**

・「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。

・「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に必要な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 |
| 子どもの世帯員 |  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 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 | なかいこども園 | （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・日数等や疾病の状況など）等 |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学　□虐待やＤＶのおそれ　□育休取得中で保育利用中の子ども□その他（　　　　　　　　　　） |  |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学　□虐待やＤＶのおそれ　□育休取得中で保育利用中の子ども□その他（　　　　　　　　　　） |  |
| 家庭の状況 | □ひとり親家庭　　・　　□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**

|  |
| --- |
| 中井町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な私の市町村民税の情報（私の同一世帯者を含む）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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　 |

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝【記入はここまで】＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

＊町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 | 　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給認定の可否 | 支給認定番号 | 支給認定区分等 |
| 可・否　年　　月　　日認定 | （否とする理由） |  | □１号　□２号　□３号　　　　（□標　　□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 |
| なかいこども園 |
| 備　　　考 |  |