

様式第1号（第3条関係）

御殿場市子どものための教育・保育給付支給認定申請書

令和 年 月 日

居住地

保護者

氏名

昨年1月1日現在の居住地	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	<input type="checkbox"/> (父・母が	市・区・町・村に居住)
本年1月1日現在の居住地	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	<input type="checkbox"/> (父・母が	市・区・町・村に居住)

御殿場市長 様

子ども・子育て支援法第20条第1項の規定により、下記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。

記

申請に係る子ども	(フリガナ) 氏名				生年月日				性別	
					平成	年	月	日	男・女	
	個人番号									
保護者電話番号	父：		母：		自宅( )					
支給認定証番号 ※1										
保育の希望の有無 ※2	有： 保護者の労働等の理由により、保育所等の利用を希望する場合（幼稚園等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。）									
備考 ※3										

- ※1 既に支給認定を受けている場合に記入してください。
- ※2 「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、居宅訪問型保育及び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○で囲んだ場合は次の①、③、④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、④に記入してください。
- ※3 保護者が法人であるときは、当該申請に係る小学校就学前子どもの居住地を記入してください。

①世帯の状況

区分	(フリガナ) 氏名	申請者との続柄	生年月日	性別	個人番号 (父母及び祖父母に限る。)
申請者以外の世帯員		父	昭和 平成 年 月 日	男・女	
		母	昭和 平成 年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
生活保護の適用の有無	無・有 ( 年 月 日保護開始)				
障害者手帳の有無	無・有 (氏名 種類 等級・程度)				
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外				

②利用を希望する期間及び希望する施設（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	
	第2希望	
	第3希望	
	第4希望以降（いくつ記入しても可）	

③保育の利用を必要とする事由等

※保護者の労働等の事由により保育所等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事由	続柄	必要とする事由
		<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"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<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"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他（ ）
利用を希望する曜日・時間	曜日	時間
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	時から 時まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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及び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

市記載欄	受付年月日	年 月 日
支給認定の可否	支給認定証番号	支給認定区分等
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 )
入所等の可否		支給認定の有効期間
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		入所等の期間
		自 年 月 日 至 年 月 日
備考	番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 職権（説明済） 本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

添付書類 利用者負担額の算定のために必要な事項に関する書類  
 保育を必要とする事由を証する書類