

教育・保育給付認定（現況）申請書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

令和 年 月 日

保護者氏名

湯河原町長 様

※記入は、黒又は青のボールペンか万年筆をお願いします。（鉛筆や消えるボールペンで記入はしないでください）

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	性別	障害者手帳、療 育手帳の有無
		年 月 日生	男・女	有 ・ 無
保護者 住所・連絡先	現住所：〒259－ 湯河原町			
	電話番号：自 宅		（ ）	
	緊急連絡先		（ ）	
認定者番号	令和5年1月1日現在の住所 湯河原町内 ・ 湯河原町外			
保育の希望の 有無（※）	※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。			
	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下さい。

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	上段：当年の1月1日 時点の居住地が町外 の人は当時の居住地 下段：個人番号
子どもの 世帯 員		本人	年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
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	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
	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下さい。

*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・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・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・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・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

④ 個人情報等の提供に当たっての署名欄

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

※町記入欄

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"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
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			

記入例

1号様式（第5条関係）

教育・保育給付認定（現況）申請書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

令和5年11月 日

保護者氏名 湯河原 楓太

湯河原町長 様

※記入は、黒又は青のボールペンか万年筆をお願いします。（鉛筆や消えるボールペンで記入はしないでください）

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 ユガワラ サクラ 湯河原 さくら	生年月日 令和元年6月16日生	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	障害者手帳、療 育手帳の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者 住所・連絡先	現住所： 〒259-0301 湯河原町中央2-2-1 電話番号：自 宅 0465(63) 2111 緊急連絡先 090 (1111) 1234 (母) 令和5年1月1日現在の住所 <input checked="" type="radio"/> 湯河原町内 ・ 湯河原町外			
認定者番号	9876543210 ※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 (※)	<input checked="" type="radio"/> 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） <input type="radio"/> 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下さい。

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	上段：当年の1月1日 時点の居住地が町外の 人は当時の居住地 下段：個人番号
子どもの 世帯員	ユガワラ サクラ 湯河原 さくら	本人	令和元年6月16日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
	ユガワラ フウタ 湯河原 楓太	父	S60年10月10日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	○×会社	下段は、 マイナンバーを 記入してくださ い。
	ユガワラ ハナコ 湯河原 花子	母	S61年10月9日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	○△商店 (パート)	
	ユガワラ カイト 湯河原 海人	兄	H26年7月7日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	○□小学校 3年	
	ユガワラ コタロウ 湯河原 小太郎	兄	H30年6月5日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	○○保育園	
				年 月 日生	男・女	
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ <input type="radio"/> 適用有り (年 月 日保護開始)					

記入例

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6年4月1日から令和8年3月31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 ○○保育園 （希望理由） 自宅に近いため	
	第2希望 ××保育園 （希望理由） 職場に近いため	
	第3希望 △△保育園 （希望理由） 祖父母宅に近いため	

・字は楷書ではっきりと書いて下さい。

*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
	父	<input checked="" 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・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（ ）	○×会社に勤務 月曜日～金曜日 8:30～19:00、20日/月
	母	<input checked="" 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・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（ ）	○△商店でパート勤務 月曜日～金曜日 10:00～16:00、20日/月
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月 曜日から 金 曜日まで	8 時30分から 16 時30分まで	

④ 個人情報等の提供に当たっての署名欄

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	湯河原 楓太
---	--	-------	---------------

※町記入欄

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"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
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			