

施設等利用給付認定申請書兼現況届

(宛先)北茨城市長

市が施設等利用給付費等の認定に必要な課税等の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報の閲覧や関係機関に資料の提供を求めることがあります。また、その情報に基づき決定した認定や施設等利用費の支給について、特定教育・保育施設等に対して提示することがあります。

4月利用開始の場合は認定事務が集中するため審査に時間を要することから、利用開始の前日まで審査結果のおしらせを延期する場合があります。

上記のことに同意し、次のとおり、施設等利用給付費に係る認定を申請(現況を届出)します。

令和 年 月 日		保護者氏名			
申請に係る 子ども	ふりがな	生年月日		性別	障害者手帳の有無
	氏名	個人番号			
		年 月 日			有 ・ 無
保護者	住所				
	電話番号	(自宅)	(携帯:父)	(携帯:母)	
保育の希望の有無	有	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(第2号)			左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にシ点を付けてください。
		<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号)			
	無	<input type="checkbox"/> 幼稚園(未移行幼稚園)等の利用を希望(第1号)			<input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

認定希望日の 前年1月1日現在の住所	(父)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
-----------------------	-----	---------------------------------	-----	---------------------------------

該当する箇所に○を付けてください。 (新規申請) ・ 現況届	認定希望日(施設利用開始日) 現況届として使用する際は無記入で提出	令和 年 月 日
-----------------------------------	--------------------------------------	----------

世帯の状況(上記の子どもの父母及び同居の世帯員について記入してください。)

区分	ふりがな 氏名	子ども との続柄	生年月日 個人番号	性別	職業 学校 又は 名等	障害者手帳 の有無	備考
子どもの 父母及び 同居 世帯員			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				

【第1号の方のみ】 利用する(予定含む)未移行幼稚園を記入してください。

ふりがな		郵便番号	—	電話:
施設名		所在地		

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

【第2号・第3号の方のみ】 必ず裏面も記入してください。

保育の希望「有」の選択がある方(第2号・第3号)のみ記入してください。

○幼稚園・認定こども園等を預かり保育を含めて利用する(予定含む)方は記入してください。

ふりがな		所在地	郵便番号	—	電話:
施設名		利用開始予定日		年	月 日

○認可外保育施設、一時預かり事業等を利用する(予定含む)方は記入してください。

ふりがな 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	認可外 その他() ・一時預かり	郵便番号 — 電話:	年 月 日
	認可外 その他() ・一時預かり	郵便番号 — 電話:	年 月 日

○保育を必要とする理由等を記入してください。

保護者の続柄	父	母
保育の利用を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <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・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()

保育の利用を必要とする理由の具体的な状況を以下に記入

就労の状況	勤務先名等		
	就労形態	<input type="checkbox"/> 正社員(正職員) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 正社員(正職員) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営
	勤務時間	時 分～ 時 分 1日あたり 時間 分勤務、週 日勤務	時 分～ 時 分 1日あたり 時間 分勤務、週 日勤務
	通勤手段	徒歩・自動車・自転車・バス・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。	徒歩・自動車・自転車・バス・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。
	通勤時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	約 分 (往復時間を記入してください。)
妊娠・出産の状況		出産(予定)日 (年 月 日)	
疾病又は障害の状況	疾病	病名 ()	病名 ()
	障害	手帳の種別 ()、等級 ()	手帳の種別 ()、等級 ()
介護・看護の状況	氏名 () 続柄 ()	氏名 () 続柄 ()	
求職活動等	<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> その他 ()	
就学の状況	学校名 () 卒業予定 年 月 日	学校名 () 卒業予定 年 月 日	
その他			

○祖父母の状況について

父方	祖父	氏名	就労・疾病等・介護等・無職・その他()
		住所	電話番号
	祖母	氏名	就労・疾病等・介護等・無職・その他()
		住所	電話番号
母方	祖父	氏名	就労・疾病等・介護等・無職・その他()
		住所	電話番号
	祖母	氏名	就労・疾病等・介護等・無職・その他()
		住所	電話番号

以下、市役所記入欄

備考	
----	--