

別記 第1号様式（第3条第1項）

教育・保育給付認定申請書



(宛先) 東金市長

情報閲覧の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等を閲覧すること
---------	---

申請者 (保護者)	フリガナ	トウガネ イチロウ	個人番号	1234 5678 9012	生年 月日	S〇〇年 〇月〇日	申請する 児童との 続柄 (※)	父	
	氏名	東金 一郎							
	現住所	〒283-0068 東金市東岩崎1-1		消えるボールペンや修正液は使用しないでください。 訂正する場合は二重線で消してください。					
	本年 1月1日 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒						
	前年 1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒000-0000 千葉県千葉市緑区0000						
	連絡先	090 (xxxx) 0000		障害者 手帳等 の有無	□有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障がいに係る 手当等の 受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金		
連絡先区分	<input checked="" type="radio"/> 携帯 勤務先 自宅 その他 ()								

同一世帯に 属する 保護者 (配偶者等)	同一世帯に属する 保護者(配偶者等) の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		個人番号	1111 2222 3333	生年 月日	S〇〇年 〇月〇日	申請する 児童との 続柄 (※)	母
	フリガナ	トウガネ ユズコ							
	氏名	東金 柚子							
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
	本年 1月1日 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる							
	前年 1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒000-0000 千葉県千葉市緑区0000						
連絡先	090 (xxxx) 0000		障害者 手帳等 の有無	□有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障がいに係る 手当等の 受給状況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金			
連絡先区分	<input checked="" type="radio"/> 携帯 勤務先 自宅 その他 ()								

教育・保育 給付認定を 希望する児童	認定を希望する 児童の数		2														
	1		フリガナ	トウガネ サクラコ		個人 番号	4444 5555 6666		生年 月日	H00年 0月0日		性別	女		認定 区分	1号 認定	
			氏名	東金 桜子													
			現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ <input type="checkbox"/> 申請者と 異なる													
			保育を 希望 する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間)		障害者手帳等 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障がいに係る 手当等の 受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福 祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金							
			フリガナ	トウガネ ウメコ		個人 番号	7777 8888 9999		生年 月日	R0年 0月0日		性別	女		認定 区分	1号 認定	
			氏名	東金 梅子													
			現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ													
			希望 する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間)		障害者手帳等 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障がいに係る 手当等の受給 状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福 祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金							
			フリガナ			個人 番号			生年 月日			性別			認定 区分	1号 認定	
			氏名														
			現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ <input type="checkbox"/> 申請者と 異なる													
		保育を 希望 する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間)		障害者手帳等 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障がいに係る 手当等の受給 状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福 祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金								

幼稚園等に入園を希望する児童
(同時に3名まで記載ができます。)

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

世帯構成員の数		2							
フリガナ 氏名		申請する児童との続柄 (※)	個人番号	生年月日	勤務先 又は 学校名	同居別居の別	居住地の市区町村	障害者手帳等の有無	障がいに係る手当等の受給状況
申請する児童の世帯構成員 (認定希望の児童及び保護者・配偶者は除く)	1	トウガネ ハナコ 東金 花子	祖母	1122 3344 5566	S〇〇年 〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
	2	トウガネ イチタ 東金 一太	兄	7788 9911 2233	H〇〇年 〇月〇日	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	千葉市	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
	3					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
	4					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
									<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金

5									<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金

保育を必要とする事由	申請者の状況			同一世帯に属する保護者（配偶者等）の状況		
		①就労 ④介護・看護 ⑦就学 ⑧その他の場合	②妊娠・出産 ⑤災害復旧 ⑧その他	③疾病・障がい ⑥求職活動	①就労 ④介護・看護 ⑦就学 ⑧その他の場合	②妊娠・出産 ⑤災害復旧 ⑧その他
①就労、 ⑦就学の場合	通勤(通学)手段/時間 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 ()		「保育を必要とする事由」 1号認定の場合は記載不要		
	※ 手段が複数ある場合は全てにチェック 約 (往復時間で記入)	約 時間 分 (往復時間で記入)				
②妊娠・出産の場合	出産予定年月日	年 月 日				
	産前産後休業期間	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日				
「保育の必要性」の状況が④～⑥及び⑧の場合の具体的な状況	理由			理由		
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> ①未婚 <input type="checkbox"/> ④離婚調停中 <input type="checkbox"/> ⑥その他	<input type="checkbox"/> ②死亡 <input type="checkbox"/> ⑤行方不明	<input type="checkbox"/> ③離婚	事由発生日	<input type="checkbox"/> ⑥その他の場合
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 有			<input checked="" type="checkbox"/> 無		

※ 申請児童がいる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

該当の場合、
右の①～⑥のうち、項目に○

(必須)
該当するチェックボックスに✓

4月入園の場合の教育・保育給付認定の通知は、確認作業に時間を要するため、3月末までに送付します。認定ができない場合のみ、速やかに連絡します。