

① 利用を希望する施設名： \_\_\_\_\_

② 利用を希望する期間：令和\_\_年\_\_月\_\_日から小学校就学前まで

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 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に同意します
---------	--

申請者 （保護者）	フリガナ		個人 番号		生年 月日		申請する 児童との 続柄 （※）		
	氏名								
	現住所	〒 -							
	本年 1月1日 時点の住所	<input 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 type="checkbox"/> 現住所と 異なる	〒 -						
	連絡先	- -		障害者 手帳等 の有無	□有 □無	障がいに係る 手当等の 受給状況		□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □障害年金	
	連絡先区分	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	□有 □無		個人 番号		生年 月日		申請する 児童との 続柄 （※）	
	フリガナ								
	氏名								
	現住所	<input 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 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 type="checkbox"/> 現住所と 異なる	〒 -						
	連絡先	- -		障害者 手帳等 の有無	□有 □無	障がいに係る 手当等の 受給状況		□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □障害年金	
連絡先区分	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																
	1		フリガナ			個人 番号			生年 月日			性別			認定 区分	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						
	2		フリガナ			個人 番号			生年 月日			性別			認定 区分	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						
	3		フリガナ			個人 番号			生年 月日			性別			認定 区分	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							

※ 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									
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					<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
	2					<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
	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

5									<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"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

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	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	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	
	⑧その他の場合			⑧その他の場合			
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"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車			
	※手段が複数ある場合は全てにチェック	<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
		約 時間 分 (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"/> ②死亡 <input type="checkbox"/> ③離婚 <input type="checkbox"/> ④離婚調停中 <input type="checkbox"/> ⑤行方不明 <input type="checkbox"/> ⑥その他	事由発生日		⑥その他の場合		
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						

※ 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。

※市記載欄※

本人確認 [ 父・母・その他 [ ( ) ] ]		番号確認	
1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 [ ( ) ]	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 [ ( ) ]
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード又はその写し <input type="checkbox"/> 通知カード又はその写し <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載のもの) <input type="checkbox"/> その他 [ ( ) ]	