

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

記入例

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

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

|                          |                   |                                                                                          |                                                                                          |               |               |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
|--------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|
| 教育・保育<br>給付認定を<br>希望する児童 | 認定を希望する<br>児童の数   |                                                                                          | 2                                                                                        |               |               |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
|                          | フリガナ              |                                                                                          | トウガネ サクラコ                                                                                |               | 個人<br>番号      | 4444<br>5555<br>6666                                     | 生年<br>月日                                                            | H〇〇年<br>〇月〇日           | 性別                     | 女                                                                                                                                                                                   | 認定<br>区分                                                                                                                                                                            | 1号<br>認定 |  |  |
|                          | 氏 名               |                                                                                          | 東金 桜子                                                                                    |               |               |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
|                          | 現住所               |                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と<br>同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と<br>異なる   |               | 〒 ー           |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
|                          | 保育を<br>希望<br>する時間 |                                                                                          | <input type="checkbox"/> 標準時間<br>(1日最大11時間)<br><input type="checkbox"/> 短時間<br>(1日最大8時間) |               | 障害者手帳等<br>の有無 |                                                          | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 |                        | 障がいに係る<br>手当等の<br>受給状況 |                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福<br>祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |          |  |  |
|                          | フリガナ              |                                                                                          | トウガネ ウメコ                                                                                 |               | 個人<br>番号      | 7777<br>8888<br>9999                                     | 生年<br>月日                                                            | R〇年<br>〇月〇日            | 性別                     | 女                                                                                                                                                                                   | 認定<br>区分                                                                                                                                                                            | 1号<br>認定 |  |  |
|                          | 氏 名               |                                                                                          | 東金 梅子                                                                                    |               |               |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
|                          | 現住所               |                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と<br>同じ                                           |               | 〒 ー           |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
|                          | 希望<br>する時間        |                                                                                          | <input type="checkbox"/> 標準時間<br>(1日最大11時間)<br><input type="checkbox"/> 短時間<br>(1日最大8時間) |               | 障害者手帳等<br>の有無 |                                                          | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 |                        | 障がいに係る<br>手当等の受給<br>状況 |                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福<br>祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |          |  |  |
|                          | フリガナ              |                                                                                          |                                                                                          |               | 個人<br>番号      |                                                          | 生年<br>月日                                                            |                        | 性別                     |                                                                                                                                                                                     | 認定<br>区分                                                                                                                                                                            | 1号<br>認定 |  |  |
|                          | 氏 名               |                                                                                          |                                                                                          |               |               |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
|                          | 現住所               |                                                                                          | <input type="checkbox"/> 申請者と<br>同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と<br>異なる              |               | 〒 ー           |                                                          |                                                                     |                        |                        |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |          |  |  |
| 保育を<br>希望<br>する時間        |                   | <input type="checkbox"/> 標準時間<br>(1日最大11時間)<br><input type="checkbox"/> 短時間<br>(1日最大8時間) |                                                                                          | 障害者手帳等<br>の有無 |               | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |                                                                     | 障がいに係る<br>手当等の受給<br>状況 |                        | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福<br>祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><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。

|                                                                                     |             |          |                           |                      |              |                  |                                                                       |                      |                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|---------------------------|----------------------|--------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申 請 す る<br>児 童 の<br>世 帯 構 成 員<br>( 認 定 希 望 の<br>児 童 及 び<br>保 護 者 ・ 配 偶<br>者 は 除 く ) | 世帯構成員の数     |          | 2                         |                      |              |                  |                                                                       |                      |                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                     | フリガナ<br>氏 名 |          | 申請する児童<br>との<br>続柄<br>(※) | 個人<br>番号             | 生年<br>月 日    | 勤務先<br>又は<br>学校名 | 同居別<br>居の別                                                            | 居住<br>地の<br>市区<br>町村 | 障害<br>者手<br>帳等<br>の<br>有無                                           | 障がいに係る<br>手当等の<br>受給状況                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | 1           | トウガネ ハナコ | 祖母                        | 1122<br>3344<br>5566 | S〇〇年<br>〇月〇日 |                  | <input checked="" type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 |                      | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 身体障害者<br>手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者<br>保健福祉手<br>帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶<br>養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|                                                                                     |             | 東金 花子    |                           |                      |              |                  |                                                                       |                      |                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                     | 2           | トウガネ イチタ | 兄                         | 7788<br>9911<br>2233 | H〇〇年<br>〇月〇日 | 〇〇〇<br>大学        | <input type="checkbox"/> 同居<br><input checked="" type="checkbox"/> 別居 | 千葉市                  | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 身体障害者<br>手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者<br>保健福祉手<br>帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶<br>養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|                                                                                     |             | 東金 一太    |                           |                      |              |                  |                                                                       |                      |                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                     | 3           |          |                           |                      |              |                  | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居            |                      | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 身体障害者<br>手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者<br>保健福祉手<br>帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶<br>養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|                                                                                     |             |          |                           |                      |              |                  |                                                                       |                      |                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                     | 4           |          |                           |                      |              |                  | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居            |                      | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 身体障害者<br>手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者<br>保健福祉手<br>帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶<br>養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|                                                                                     |             |          |                           |                      |              |                  |                                                                       |                      |                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |

|  |   |  |  |  |  |  |                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                 |
|--|---|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 5 |  |  |  |  |  |                                                            |                                                          | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|  |   |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 有<br><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<br>④介護・看護<br>⑦就学                                             | ②妊娠・出産<br>⑤災害復旧<br>⑧その他                                                                                                                          | ③疾病・障がい<br>⑥求職活動             | ①就労<br>④介護・看護<br>⑦就学                                                                                                                             | ②妊娠・出産<br>⑤災害復旧<br>⑧その他 | ③疾病・障がい<br>⑥求職活動 |
|                              | ⑧その他の場合                                                          |                                                                                                                                                  |                              | ⑧その他の場合                                                                                                                                          |                         |                  |
|                              | 通勤(通学)手段/時間                                                      | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス<br><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<br><input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 |                         |                  |
| ① 就 労 、<br>⑦就学の場合            | ※ 手段が複数ある場合は全てにチェック                                              | □その他（                                                                                                                                            | 「保育を必要とする事由」<br>1号認定の場合は記載不要 |                                                                                                                                                  |                         |                  |
|                              |                                                                  | 約                                                                                                                                                | 約 時間 分                       |                                                                                                                                                  |                         |                  |
|                              |                                                                  | (往復時間で記入)                                                                                                                                        | (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                                  | ①未婚   ②死亡   ③離婚<br>④離婚調停中   ⑤行方不明<br>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 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。