

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 (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							
	本年 1月1日 時点の住所	☒ 現住所と 同じ ☐ 現住所と 異なる	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。						
	前年 1月1日 時点の住所	☐ 現住所と 同じ ☒ 現住所と 異なる							
	連絡先	090 (xxxx) 0000	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	フリガナ	トウガネ ユズコ	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
	氏名	東金 柚子								
	現住所	☒ 申請者と 同じ ☐ 申請者と 異なる	〒 -							
	本年 1月1日 時点の住所	☒ 現住所と 同じ ☐ 現住所と 異なる								
	前年 1月1日 時点の住所	☐ 現住所と 同じ ☒ 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 ☐ 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		2											
	フリガナ		トウガネ サクラコ		個人 番号	4444 5555 6666	生年 月日	RO年 〇月〇日	性別	女	認定 区分	1号 認定		
	氏名		東金 桜子											
	1	現住所	☒ 申請者と 同じ ☐ 申請者と 異なる		〒 ー									
		保育を 希望 する時間	☐ 標準時間 (1日最大11時間) ☐ 短時間 (1日最大8時間)		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						
	フリガナ		トウガネ ウメコ		個人 番号	7777 8888 9999	生年 月日	RO年 〇月〇日	性別	女	認定 区分	1号 認定		
	氏名		東金 梅子											
		現住所	☒ 申請者と 同じ		〒 ー									
		希望 する時間	☐ 標準時間 (1日最大11時間) ☐ 短時間 (1日最大8時間)		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						
	フリガナ				個人 番号		生年 月日		性別		認定 区分	1号 認定		
	氏名													
	3	現住所	☐ 申請者と 同じ ☐ 申請者と 異なる		〒 ー									
	保育を 希望 する時間	☐ 標準時間 (1日最大11時間) ☐ 短時間 (1日最大8時間)		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							

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 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)	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
	1	トウガネ ハナコ	祖母	1122 3344 5566	S〇〇年 〇月〇日		☒ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☒ 無	☐ 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
		東金 花子								
	2	トウガネ イチタ	兄	7788 9911 2233	H〇〇年 〇月〇日	〇〇〇 大学	☐ 同居 ☒ 別居	千葉市	☐ 有 ☒ 無	☐ 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
		東金 一太								
	3						☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無	☐ 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
	4						☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無	☐ 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

	5								☐ 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
							☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 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 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	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 自動車 ☐ 電車		☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 自動車 ☐ 電車	
	※ 手段が複数ある場合は全てにチェック	☐ その他 ()		☐ その他 ()	
		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	☐ ひとり親家庭	①未婚 ②死亡 ③離婚 ④離婚調停中 ⑤行方不明 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	☐ 有 ☒ 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。