

池田町長 様

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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害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	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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	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	<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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害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	携帯 連絡先 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					
		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	障害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					
		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	障害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					
		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	障害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になります。

裏面にも記入があります ⇒

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		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	障害に係る 手当等の受給状況								
	フリガナ 氏名																	
	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"/> 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 ②妊娠・出産 ③疾病・障害 ④介護・看護 ⑤災害復旧 ⑥求職活動 ⑦就学 ⑧その他		①就労 ②妊娠・出産 ③疾病・障害 ④介護・看護 ⑤災害復旧 ⑥求職活動 ⑦就学 ⑧その他	
	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 ※手段が複数ある場合は 全てにチェック	<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	
		<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			
	産前産後休業期間	～		
「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				
家庭状況	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
情報閲覧の同意	<input type="checkbox"/> 町が教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。			
	保護者氏名 _____ （署名又は記名押印）			

※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になります。