

記入例

別記様式第1号（第3条関係）

教育・保育給付認定申請書

転入者の方は記入必須

年 月 日

池田町長 様

保護者情報記入

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						
	連絡先区分	携帯 勤務先 自宅 その他（ ）	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	
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						
連絡先区分	携帯 連絡先 自宅 その他（ ）	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		

入所児童情報記入

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							<p>入所児童が1名の場合は、「1」とし、</p> <p>同時入所する児童がいる場合は、</p> <p>「2」または「3」として、入所児童3名分までの情報を記入して下さい。</p>		認定区分		
	1	フリガナ		個人番号	生年月日							
	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		小学生以上のお子さんや、 祖父母等が同居している場合は記入 して下さい。				<input type="checkbox"/> 同居		<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"/> 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"/> 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
	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"/> 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（ ）
		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	保育を必要とする事由について、該当するものに丸を付けて下さい。
-----------	---------------------	--

「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。

情報閲覧に同意の上、左端のにチェックを入れ、保護者氏名を記入して下さい。