

## 教育・保育給付認定申請書

教育・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 氏名		個人 番号		生年 月日		児童との 続柄	
	現住所	〒						
	令和6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		〒				
	令和7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 (TEL)		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 (配偶者等) 保護者	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 氏名		個人 番号		生年 月日		児童との 続柄		
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		〒					
	令和6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		〒					
	令和7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 (TEL)		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( )							

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 氏名		個人 番号		生年 月日		性別		認定 区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
		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"/> 保育標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (1日最大8時間) <input type="checkbox"/> 教育利用		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 氏名		個人 番号		生年 月日		性別		認定 区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
		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"/> 保育標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (1日最大8時間) <input type="checkbox"/> 教育利用		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 氏名		個人 番号		生年 月日		性別		認定 区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
		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"/> 保育標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (1日最大8時間) <input type="checkbox"/> 教育利用		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			

申請する児童及び保護者・配偶者は除く	世帯構成員の数		フリガナ 氏名	続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は学校園名	同居別居の別	障害者手帳等	障害に係る手当等の受給状況								
	1	2																
	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									

申請者の状況		同一世帯に属する保護者(配偶者等)の状況	
保育を必要とする事由	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・起業 ⑦就学 ⑧その他 ⑧その他の場合	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・起業 ⑦就学 ⑧その他 ⑧その他の場合	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・起業 ⑦就学 ⑧その他 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( ) 約 時間 分(往復時間で記入)	<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)	
②妊娠・出 産の場合	出産予定年月日 産前産後休業期間		～
④～⑥、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	その他の 場合
生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※続柄は、1人目の申請児童との続柄となります。

※市記入欄

受付日	R6	R7	/	受付者	受理簿入力日	/	受理簿入力者	確認者
申請者	<input type="checkbox"/> 氏名・フリガナ <input type="checkbox"/> マイナンバー(□マイナカード □通知カード+免許証等 □住民票+免許証等) <input type="checkbox"/> 現住所(〒含む) <input type="checkbox"/> 1/1住所(R6・R7) <input type="checkbox"/> 連絡先・区分 <input type="checkbox"/> 手帳の有無 <input type="checkbox"/> 受給を証明する書類の添付							
配偶者	<input type="checkbox"/> 配偶者の有無…無に☑の場合は、空欄可。裏面家庭状況を確認 <input type="checkbox"/> 氏名・フリガナ <input type="checkbox"/> マイナンバー(□マイナカード □通知カード+免許証等 □住民票+免許証等) <input type="checkbox"/> 現住所(申請者と異なる場合は〒を含め記載されているか) <input type="checkbox"/> 1/1住所(R6・R7) <input type="checkbox"/> 連絡先・区分 <input type="checkbox"/> 手帳の有無 <input type="checkbox"/> 受給を証明する書類の添付							
児童	<input type="checkbox"/> 認定を希望する児童の数と記載された児童の数が一致 <input type="checkbox"/> 既に認定済の児童を含めていないか(令和6年度中に入所決定の児童は記載不要) <input type="checkbox"/> 氏名・フリガナ <input type="checkbox"/> 現住所(申請者と異なる場合は〒を含め記載されているか) <input type="checkbox"/> 保育希望時間(全ての児童が同一内容か、申請者・配偶者の保育必要理由に応じた時間か) <input type="checkbox"/> 手帳の有無 <input type="checkbox"/> 受給を証明する書類の添付							
世帯員	<input type="checkbox"/> 世帯構成員の数と記載された世帯員の数が一致 <input type="checkbox"/> 申請者・配偶者・認定希望児童が含まれていないか(既に入所決定済の児童は記載する) <input type="checkbox"/> 氏名・フリガナ <input type="checkbox"/> 続柄(1人目の申請児童との続柄になっているか) <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校名 <input type="checkbox"/> 同居・別居(別居の場合、居住地の市区町村名を空欄に記載) <input type="checkbox"/> 手帳の有無 <input type="checkbox"/> 受給を証明する書類の添付							
保育必要性	<input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由について、利用申込書と一致している(申請者・配偶者とも) <input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由について、必要な書類が添付されているか(申請者・配偶者とも) <input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由について、該当箇所に記載があるか(通勤手段・時間、予定日・産休期間、具体的な理由)							
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭に該当する場合、記載漏れはないか <input type="checkbox"/> 生活保護適用の有無について、いいずれかに☑されているか							
情報連携	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(		都道府県		市区町村)		AD入力日 /	