

教育・保育給付認定申請書

記入例

日進市 長殿

情報閲覧の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報を閲覧することに同意します	12桁の個人番号を記入してください
---------	--	-------------------

申請者（保護者）	フリガナ	ニッシン	個人番号	個人番号	生年月日	〇年〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	父	
	氏名	日進 〇〇							
	現住所	〒470-0192 愛知県日進市蟹甲町池下268番地							
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる		〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県日進市××町〇〇番地					
	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		障害者手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		フリガナ	ニッシン	個人番号	個人番号	生年月日	〇年〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	母	
	氏名	日進 〇〇											
	現住所	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県××市△△町〇〇番地									
	連絡先	0561-〇〇-〇〇〇〇		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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（ ）												

1号：教育利用（満3歳以上） 2号：保育利用（満3歳以上） 3号：保育利用（0～2歳児）

※詳細は令和6年度保育所等利用案内（P.4 認定区分）をご参照ください。

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		3		1号：教育利用（満3歳以上） 2号：保育利用（満3歳以上） 3号：保育利用（0～2歳児） ※詳細は令和6年度保育所等利用案内（P.4 認定区分）をご参照ください。									
	1	フリガナ	ニッシン	個人番号	個人番号	生年月日	〇年〇月〇日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 非選択	認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input checked="" type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号			
		氏名	日進 ××											
		現住所	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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						
	フリガナ	ニッシン	個人番号	個人番号				生年月日	〇年〇月〇日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 非選択	認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input checked="" type="checkbox"/> 3号	
	氏名	日進 ■■												
	現住所	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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							
	フリガナ	ニッシン	個人番号				個人番号	生年月日	〇年〇月〇日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 非選択	認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input checked="" type="checkbox"/> 3号	
	氏名	日進 ▲▲												
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県××市△△町〇〇番地										
保育を希望する時間	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input checked="" 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	1										
	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	障害に係る 手当等の受給状況			
	1	ニッシン 日進 ◎◎	兄	個人番号	○年 ○月○日	△△小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	日進市	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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			
	<input checked="" type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧	<input type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動	<input type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input type="checkbox"/> ⑦就学	<input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> ⑧その他	<input type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧	<input checked="" type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動	<input type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input type="checkbox"/> ⑦就学	<input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他（ ） 約 1時間 30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	令和〇年〇月〇日						
	産前産後休業期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日						
「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								
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> ①未婚 <input type="checkbox"/> ②死亡 <input type="checkbox"/> ③離婚 <input type="checkbox"/> ④離婚調停中 <input type="checkbox"/> ⑤行方不明 <input type="checkbox"/> 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。