

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書

市川町長 様

年 月 日

下記のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定申請及び特定教育・保育施設の利用を申込みます。

なお、市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・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）及び世帯情報及び生活保護関係情報及び障害者関係情報及び児童扶養手当関係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。

申請に係る小学校 就学前子ども	フリガナ		性別	生年月日・マイナンバー		年 齢
	氏 名		男・女	年 月 日		歳
希望する認定区分	↓希望する認定区分に☑をつけてください。ただし、希望に添えない場合もあります。					
	<input type="checkbox"/> 教育標準時間認定（1号）：教育標準時間の利用を希望する場合					
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間認定（2・3号）：保育を必要とする事由に該当し、保育時間の利用を希望する場合					
利用を希望する 施設名	第1希望		希望理由			
	第2希望		希望理由			
	第3希望		希望理由			
利用を希望する期間	〔開始〕 年 月 日から 〔終了〕 就学前まで・ 年 月 日まで					

※希望する認定区分で（2・3号）を選択された場合のみ、記入してください。

保育を必要とする 事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )				
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )				
希望する利用時間	時 分 ～ 時 分					

※世帯等の状況（生計を同一にしている者全てを記入してください。）

住 所	現住所	〒 — ※現在住民登録等をしている住所を記入してください。（方書、棟室番号なども必ず記入） 兵庫県神崎郡市川町				
	住所 (新・旧)	町外から転入された場合、又は転居先が決まっている場合、記入してください。 〒 — ( 年 月 日 転入転居・転入転居予定)				
保護者氏名		(フリガナ)	TEL	父携帯		
				母携帯		
児童の世帯員 (申込児童を除く)	氏 名	申請 子どもと の続柄	生年月日	性別	会社・学校名等	
	(フリガナ)		マイナンバー	男・女		
			年 月 日			
	(フリガナ)		年 月 日	男・女		
			年 月 日			
	(フリガナ)		年 月 日	男・女		
			年 月 日			
	(フリガナ)		年 月 日	男・女		
		年 月 日				
(フリガナ)		年 月 日	男・女			
		年 月 日				

(裏面にもご記入ください。)

※世帯等の状況（つづき）

ひとり親世帯等の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児（者）のいる世帯） <input type="checkbox"/> 申請中
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり（ 年 月 日保護開始） <input type="checkbox"/> 申請中

※申請子どもについて

（下記項目は参考としますので、正確にご記入ください。下記項目による優先順位付けは行いません。）

以下の該当する項目に☑を付けてください。	
・乳幼児健診や医療機関等で助言を受けたことや食事等で生活上、配慮が必要なことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある ⇒ ( ) <input type="checkbox"/> ない	
・手帳等の有無について <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育手帳あり <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定 <input type="checkbox"/> 手帳等の申請中・申請予定	

※保育を必要とする事由に応じて記入してください。

		母親の状況		父親の状況	
就 労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	通勤手段・ 時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車 電車・その他（ ）	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車 電車・その他（ ）
		通勤時間	約 分（片道）	通勤時間	約 分（片道）
妊娠・出産 （申請時点）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒（予定日） 年 月 日	/			
育児休業	<input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得予定 復職日（予定）（ 年 月 日復職）	<input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得予定 復職日（予定）（ 年 月 日復職）			
疾病・障害等	（疾病・障害名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（疾病・障害名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介 護 等	被介護者名	（申請児童との続柄： ）			
	傷病・障害名				
	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院（月・週 回）	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院（月・週 回）		
災害復旧	災害の状況：		災害の状況：		
求職活動等	<input type="checkbox"/> 該当あり（詳細は別紙に記入）		<input type="checkbox"/> 該当あり（詳細は別紙に記入）		
就 学	通学手段 ・時間	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車 電車・その他（ ）	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車 電車・その他（ ）
		通学時間	約 分（片道）	通学時間	約 分（片道）
	就学期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		
	卒業後の予定	<input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労予定 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労予定	<input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労予定 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労予定		
その他	保育を行うことが困難と認められる内容		保育を行うことが困難と認められる内容		