

子どものための教育・保育給付認定申請書				
下妻市長 様				提出日：令和 年 月 日
次のとおり、教育・保育給付認定を申請します。				
申請者(保護者)氏名 _____				
<small>※受付者使用欄</small> <input type="checkbox"/> 申請者個人番号 <input type="checkbox"/> 提出者身分証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 職権確認了承済				
認定日		適用月		
/		R . 月～		
/		R . 月～		
/		R . 月～		
申請に係る 小学校就学前の 児童	氏名 (ふりがな)	生年月日 R H 年 月 日	性別 男・女	個人番号(マイナンバー)
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒			
	(固定電話)	父	(携帯電話)	
		母	(携帯電話)	
保育の希望	有：保育所等で <b>保育の利用を希望する場合</b> ※「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。 <input checked="" type="radio"/> 無：幼稚園等で <b>教育の利用を希望する場合</b> ※「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。			

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業取得中だが入所決定後復帰(復帰予定日： 月 日)
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業取得中だが入所決定後復帰(復帰予定日： 月 日)

②申請児童の情報

障害者手帳等保有状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <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 ) <small>※「有」の方は手帳のコピーを添付してください</small> <input checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 日認定 )
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
その他連絡事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )

③家族の状況(申請児童の両親及び同一敷地内居住者全員) ※申請児童は除く

ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <small>※認定を受けていない方は、利用者負担額表の「ひとり親世帯」の対象とはなりません</small>						
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 日保護開始)						
家族の障害者手帳等保有状況(在宅者に限る)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【氏名 : 級】 ※「有」の方は手帳等のコピーを添付 種類： <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"/> その他( )						
区分	(ふりがな)氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号(マイナンバー)	職業又は学校名等	備考
父母及び同一敷地内居住者	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				

※同一敷地内居住者とは、住民基本台帳の記録において、住所地番が同一である者を指します。

(表面)

④ 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
希望する 利用曜日・時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分 から	時 分 まで
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由			
		希望理由		

⑤ 認定申請に係る同意事項

1	家族状況（出産、離婚、世帯員の変更等）や就労状況（勤務先、勤務時間、育休期間等）に変更があった場合には、速やかに届出すること。
2	申請内容について虚偽の記載や、故意に記載しなかった場合は、入所取消（退所）となること。
3	入所要件を満たさなくなった場合は、その時点で退所となること。
4	「社会保障税番号制度」により、他の情報保有機関に情報を照会し、提供を受けること。
5	<p>保育の実施及び利用者負担額（保育料）または副食費の免除を判定するにあたり、必要な世帯情報及び、市区町村民税の情報（同一敷地内居住者の内容を含む）を取得・閲覧する場合があること。</p> <p>利用者負担額（保育料）または副食費の免除の決定は、お子さんが入所する前年度および当年度の市区町村民税（児童の父母、及びそれ以外の扶養義務者（家計の主宰者である場合に限り）のすべてについて、それらの方の課税額）で決定します。</p>
6	申請内容等を、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
7	利用者負担金（保育料）および副食費は、期限内に納付すること。
8	利用者負担金（保育料）および副食費に未納がある場合には、自宅・職場への訪問徴収の他、利用契約の解除、財産差し押さえ等滞納処分の対象になること。
9	「就労」での入所基準は、月60時間以上就労していることが要件となり、この要件を満たさなくなった場合は退所となること。
10	「求職中」で入所が決定した場合は、入所後3か月以内に「就労証明書等」の提出が必要となること。（期限までに提出がない場合には、退所となります）
11	育児休業取得中に入所が決定した場合は、復職後「復職証明書」の提出が必要となること。（入所月に復職しなかった場合には、退所となります）

保育の利用を希望する場合      以上、1～11の同意事項について確認し、同意します。

教育の利用を希望する場合      以上、1～7の同意事項について確認し、同意します。

年 月 日

申請者（保護者）氏名 \_\_\_\_\_

\* 施設記載欄（幼稚園等を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	（施設・事業所番号： _____）
担当者氏名/連絡先	（担当者） _____ （連絡先） _____
入所契約（内定）の有無	<input type="checkbox"/> 有（契約・内定（ _____ 年 月 日 契約（内定））） <input type="checkbox"/> 無

（裏面）