

教育・保育給付認定申請書

天童市長 宛て
教育・保育給付認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報、その情報に基づき決定した利用者負担額、副食費について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意の上、申請します。
また、児童への適切な保育のために必要があるときは、市の担当者が関係機関の保有する発達等に関する情報を閲覧し、保育所等と共有することに同意します。

申請者（保護者）	フリガナ		生年 月日	昭和・平成 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	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる→	〒 -			
	前年1月1日 時点の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる→	〒 -			
	連絡先		障がい者 手帳等の 有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに 係る手当 等の受給 状況	☐ 身体障がい者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障がい年金
	連絡先区分	☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 ☐ その他（ ）				

※申請児童が複数いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

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）		☐ 有 ☐ 無			
	フリガナ		生年 月日	昭和・平成 年 月 日	申請する児童 との続柄 (※)	
	氏名					
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる→	〒 -			
	本年1月1日 時点の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる→	〒 -			
	前年1月1日 時点の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる→	〒 -			
	連絡先		障がい者 手帳等の 有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに 係る手当 等の受給 状況	☐ 身体障がい者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障がい年金
	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		人							
	1	フリガナ		生年 月日	令和 年 月 日	性別				
		氏名								
		現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる→	〒 -						
		保育を 希望する 時間	☐ 標準時間(1日最大11時間) ☐ 短時間(1日最大8時間)	障がい者 手帳等の 有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに 係る手当 等の受給 状況	☐ 身体障がい者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障がい年金			
	2	フリガナ		生年 月日	令和 年 月 日	性別				
		氏名								
		現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる→	〒 -						
		保育を 希望する 時間	☐ 標準時間(1日最大11時間) ☐ 短時間(1日最大8時間)	障がい者 手帳等の 有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに 係る手当 等の受給 状況	☐ 身体障がい者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障がい年金			
	3	フリガナ		生年 月日	令和 年 月 日	性別				
		氏名								
		現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる→	〒 -						
		保育を 希望する 時間	☐ 標準時間(1日最大11時間) ☐ 短時間(1日最大8時間)	障がい者 手帳等の 有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに 係る手当 等の受給 状況	☐ 身体障がい者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障がい年金			

