様式第２号（第３条関係）

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（　　　　　　） | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 平成・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 | 平成・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 | 平成・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 | |

※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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | 人 | | |
|  | フリガナ  氏名 | | | 申請する児童との続柄(※) | 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 | 障がい者  手帳等の  有無 | 障がいに係る手当等の  受給状況 |
| 1 |  | | |  |  |  | □同居  □別居 | |  | □有  □無 | □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 |  | | |  |  |  | □同居  □別居 | |  | □有  □無 | □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 |  | | |  |  |  | □同居  □別居 | |  | □有  □無 | □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 |
|  | | |
| 4 |  | | |  |  |  | □同居  □別居 | |  | □有  □無 | □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 |
|  | | |
| 5 |  | | |  |  |  | □同居  □別居 | |  | □有  □無 | □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 |
|  | | |
| ※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。 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| □①就労　　　　□②妊娠・出産　□③疾病・障がい  □④介護・看護　□⑤災害復旧　　□⑥求職活動  □⑦就学　　　　□⑧その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | □①就労　　　　□②妊娠・出産　□③疾病・障がい  □④介護・看護　□⑤災害復旧　　□⑥求職活動  □⑦就学　　　　□⑧その他（　　　　　　　　　） | | | |
| **①就労**  **⑦就学**  の場合 | 通勤・通学の  手段/時間 | | □徒歩　　□自転車　□　バス  □自動車　□電車  □その他（　　　　　　　　　　　）  ※手段が複数ある場合は全てにチェック | | | | | | □徒歩　　□自転車　　□バス　　□自動車  □電車　　□その他（　　　　　　　　　　　）  ※手段が複数ある場合は全てにチェック | | | |
| 約　　　　時間　　　　　分（往復時間で記入） | | | | | | | | 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　　　　年　　　　月　　　　日（予定） | | | | | | |
| 産前産後休業期間 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| **④～⑥及び**  **⑧**の場合の  具体的な状況 |  | | | | | | | |  | | | |
| 家庭状況 | □ひとり親家庭 | | | □未婚　　　□死亡　　　□離婚　　　□離婚調停中　　　□行方不明  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事由発生日 | | | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 生活保護の  適用の有無 | □有　　　□無 | | | | | | | | | | | |