

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	申請する児童との続柄(※)	
	氏名			年	月	日	
	現住所	〒 -					
	本年1月1日時点の住所	<input 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 type="checkbox"/> 現住所と異なる→	〒	-			
	連絡先			障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
連絡先区分	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	フリガナ			生年月日	昭和・平成	申請する児童との続柄(※)	
	氏名			年	月	日	
	現住所	<input 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 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 type="checkbox"/> 現住所と異なる→		〒	-		
	連絡先			障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
連絡先区分	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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	性別	
		氏名			年	月	日	
		現住所	<input 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 type="checkbox"/> 短時間(1日最大8時間)		障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
	2	フリガナ			生年月日	平成・令和	性別	
		氏名			年	月	日	
		現住所	<input 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 type="checkbox"/> 短時間(1日最大8時間)		障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
	3	フリガナ			生年月日	平成・令和	性別	
		氏名			年	月	日	
		現住所	<input 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 type="checkbox"/> 短時間(1日最大8時間)		障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金	

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				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
	2				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
	3				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
	4				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金
5				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ③疾病・障がい <input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動 <input type="checkbox"/> ⑦就学 <input type="checkbox"/> ⑧その他()		<input type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ③疾病・障がい <input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動 <input type="checkbox"/> ⑦就学 <input type="checkbox"/> ⑧その他()	
①就労 ⑦就学 の場合	通勤・通学的手段/時間	<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() ※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 type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			