

教育・保育給付認定申請書

申請日

年 月 日

申請者 (認定 保護者)	フリガナ		個人番号	生年月日		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	<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			障害者手帳等 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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
	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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	フリガナ		個人番号	生年月日		申請する 児童との 続柄※	
	氏名						
	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			障害者手帳等 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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
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							
	1	フリガナ		個人番号	生年月日		性別	認定 区分
		氏名						
		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)		障害者手帳等 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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
		フリガナ		個人番号	生年月日		性別	認定 区分
	氏名							
	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)		障害者手帳等 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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
	3	フリガナ		個人番号	生年月日		性別	認定 区分
		氏名						
		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)		障害者手帳等 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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金

※申請児童が複数人いる場合は、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		フリガナ氏名	申請する児童との続柄※	個人番号	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	障害者手帳等の有無	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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
	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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	

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"/> 就労 <input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 病気・障がい <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 病気・障がい <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> その他
その他の場合	約 時間 分(往復時間で記入)			その他の場合	約 時間 分(往復時間で記入)			
就労、就学の場合	約 時間 分(往復時間で記入)			就労、就学の場合	約 時間 分(往復時間で記入)			
妊娠・出産の場合	産前産後休業期間			妊娠・出産の場合	産前産後休業期間			
上記以外の具体的な状況				上記以外の具体的な状況				
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 行方不明	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他	事由発生日	その他の場合		
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

※申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。