

教育・保育給付認定申請書

綾川町 長殿

情報閲覧の同意	<input type="checkbox"/> 保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等を閲覧することに同意します
---------	--

申請者（保護者）	フリガナ	氏名（カナ）	個人番号	個人番号	生年月日	生年月日	申請する児童との続柄（※）	続柄	
	氏名	氏名							
	現住所	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下				
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下			
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下			
	連絡先	電話番号	障害者手帳等の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金	
連絡先区分	携帯 勤務先 自宅 その他（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 checked="" type="checkbox"/> 無							
	フリガナ	氏名（カナ）	個人番号	個人番号	生年月日	生年月日	申請する児童との続柄（※）	続柄	
	氏名	氏名							
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下			
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下			
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下			
連絡先	電話番号	障害者手帳等の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金		
連絡先区分	携帯 勤務先 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他（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	3									
	1	フリガナ	氏名（カナ）	個人番号	個人番号	生年月日	生年月日	性別	男性	認定区分	1号認定
		氏名	氏名								
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下				
		保育を希望する時間	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金		
	2	フリガナ	氏名（カナ）	個人番号	個人番号	生年月日	生年月日	性別	女性	認定区分	2号認定
		氏名	氏名								
		現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下				
		保育を希望する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間（1日最大11時間） <input checked="" type="checkbox"/> 短時間（1日最大8時間）	障害者手帳等の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金		
	3	フリガナ	氏名（カナ）	個人番号	個人番号	生年月日	生年月日	性別	非選択	認定区分	3号認定
		氏名	氏名								
		現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号	都道府県	市区町村	番地以下				
保育を希望する時間		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" 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	0							
	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	障害に係る手当等の受給状況
1	氏名(カナ)	続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	市区 町村	有 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金
	氏名								
2	氏名(カナ)	続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	市区 町村	有 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金
	氏名								
3	氏名(カナ)	続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	市区 町村	有 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金
	氏名								
4	氏名(カナ)	続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	市区 町村	有 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金
	氏名								
5	氏名(カナ)	続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	市区 町村	有 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金
	氏名								

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 checked="" type="checkbox"/> ①就労 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤災害復旧	<input checked="" type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input checked="" type="checkbox"/> ⑥求職活動	<input checked="" type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input checked="" type="checkbox"/> ⑦就学	<input checked="" type="checkbox"/> ④介護・看護 <input checked="" type="checkbox"/> ⑧その他	<input checked="" type="checkbox"/> ①就労 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤災害復旧	<input checked="" type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input checked="" type="checkbox"/> ⑥求職活動	<input checked="" type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input checked="" type="checkbox"/> ⑦就学
	⑧その他の場合	その他の事由			⑧その他の場合	その他の事由		
①就労、⑦就学の場合	通勤(通学)手段/時間 ※手段が複数ある場合は全てにチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> バス <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input checked="" type="checkbox"/> 電車 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<small>その他の手段</small>) 約 00 時間 00 分 (往復時間で記入)			<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> バス <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input checked="" type="checkbox"/> 電車 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<small>その他の手段</small>) 約 23 時間 55 分 (往復時間で記入)			
②妊娠・出産の場合	出産予定年月日	出産予定年月日						
	産前産後休業期間	産前産後休業期間(開始) ~			産前産後休業期間(終了)			
「保育の必要性」の状況が④~⑧及び⑧の場合の具体的な状況	「保育の必要性」の具体的な理由				「保育の必要性」の具体的な理由			
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> ①未婚 <input type="checkbox"/> ④離婚調停中	<input type="checkbox"/> ②死亡 <input type="checkbox"/> ⑤行方不明	<input type="checkbox"/> ③離婚 <input checked="" type="checkbox"/> ⑥その他	事由発生日	事由発生年月日	<input type="checkbox"/> ⑥その他の場合	その他の事由
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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。