

様式第1号（第9条関係）

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を閲覧することに同意します
---------	---

申請者（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	障害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）	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	障害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（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	障害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				
	2	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（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	障害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（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	障害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。

	世帯構成員の数		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/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
	フリガナ氏名									
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)	1						同居 別居		有 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						同居 別居		有 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						同居 別居		有 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						同居 別居		有 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						同居 別居		有 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			
		①就労 ⑤災害復旧	②妊娠・出産 ⑥求職活動	③疾病・障害 ⑦就学	④介護・看護 ⑧その他	①就労 ⑤災害復旧	②妊娠・出産 ⑥求職活動	③疾病・障害 ⑦就学
	⑧その他の場合				⑧その他の場合			
①就労、⑦就学の場合	通勤(通学)手段/時間は全てにチェック	<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()	<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()					
		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	年 月 日						
	産前産後休業期間	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日						
「保育の必要性の状況が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				⑥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。