

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	〇〇個人番号〇〇	生年月日	生年月日	申請する児童との続柄(※)	〇〇続柄〇〇
	氏名	〇〇氏名〇〇						
	現住所	〒郵便番号〇〇 都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇						
	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	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇				
	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	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇				
	連絡先	二〇電話番号〇〇	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 ( 〇〇その#〇〇 )						

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	〇〇個人番号〇〇	生年月日	生年月日	申請する児童との続柄(※)	〇〇続柄〇〇
	氏名	〇〇氏名〇〇						
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇				
	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	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇				
	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	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇				
	連絡先	二〇電話番号〇〇	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 ( 〇〇その他 〇〇 )							

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	〇〇氏名(カナ) 〇〇	個人番号	〇〇個人番号〇〇	生年月日	生年月日	性別	男性	認定 区分	1号認定
		氏名	〇〇氏名〇〇								
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇							
	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	〇〇個人番号〇〇	生年月日	生年月日	性別	女性
	氏名	〇〇氏名〇〇									
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇							
	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		〇〇氏名(カナ) 〇〇		個人番号	〇〇個人番号〇〇	生年月日	生年月日	性別	非選択
	氏名	〇〇氏名〇〇									
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒郵便番号〇〇	都道府県〇〇 市区町村〇〇 番地以下〇〇							
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。

