

記入例

申請日

令和6年10月15日

教育・保育給付認定申請書

加東市長 様

情報閲覧の同意



保育の

必ずチェックをしてください

を閲覧することに同意します。

申請者 (保護者)	フリガナ	カトウ ヒロシ	個人番号	0000 0000 0000	生年 月日	☐ T ☒ S ☐ H ☐ R 63年 6月20日	申請する児 童との続柄 (※)	父
	氏名	加東 ヒロシ						
	現住所	〒 673-1493 加東市杜50-1	マイナンバーを記入してください					
	本年1月1日 時点の住所	☒ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる	〒					
	前年1月1日 時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 123-4567	京都府京都市北区1-1-1				
	連絡先	090-1234-5678	障害者手帳 等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 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		☒ 有 ☐ 無					
	フリガナ	カトウ スミレ	個人番号	0000 0000 0000	生年 月日	☐ T ☒ S ☐ H ☐ R 63年 5月25日	申請する児 童との続柄 (※)	母
	氏名	加東 すみれ						
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒	生活保護を受けている方 母子・父子家庭の方 同一世帯に障害者がいる方は 必要書類を提出してください。(※7ページ参照)				
	本年1月1日 時点の住所	☒ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる	〒					
	前年1月1日 時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 123-4567					
連絡先	090-8765-4321	障害者手帳 等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 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		認定を希望する児童の数を記入してください									
	フリガナ	カトウ モモコ	個人番号	0000 0000 0000	生年 月日	☐ H ☒ R 2年 5月 8日	性別	☐ 男 ☒ 女	認定 区分	☐ 1号 ☒ 2号 ☐ 3号				
	氏名	加東 桃子												
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒	入所案内2ページを参照し、該当す る区分にチェックをしてください										
	保育を 希望する 時間	☒ 標準時間(1日最大11時間) ☐ 短時間(1日最大8時間)	障害者手帳 等の有無								☒ 有 ☐ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☒ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金	
	認定を希望する児童が2人以上の場合は、2人 目以降の児童についても記入してください													
	フリガナ		個人番号		生年 月日	☐ H ☐ R 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女	認定 区分	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号				
	氏名													
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒											
	保育を 希望する 時間	☐ 標準時間(1日最大11時間) ☐ 短時間(1日最大8時間)	障害者手帳 等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金								
	フリガナ		個人番号		生年 月日	☐ H ☐ R 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女	認定 区分	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号				
	氏名													
現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒												
保育を 希望する 時間	☐ 標準時間(1日最大11時間) ☐ 短時間(1日最大8時間)	障害者手帳 等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 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員構成 (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		3 世帯構成員の数を記入してください							
		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	カトウ サキコ 加東 咲子	姉		□T □S ☒ H □R 月 21 日	加東小学校	☒ 同居 ☐ 別居	☒ 加東市 ☐ 加東市外	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	2	カトウ トモヲ 加東 友蔵	祖父		□T ☒ S □H □R 35年 10 月 3 日	農業	☒ 同居 ☐ 別居	☒ 加東市 ☐ 加東市外	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	3	カトウ コタケ 加東 こたけ	祖母		□T ☒ S □H □R 35年 4 月 4 日		☒ 同居 ☐ 別居	☒ 加東市 ☐ 加東市外	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	4				□T □S □H □R 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 加東市 ☐ 加東市外	☐ 有 ☐ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	5				□T □S □H □R 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 加東市 ☐ 加東市外	☐ 有 ☐ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 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 ☐ ②妊娠・出産 ☐ ③疾病・障害 ☐ ④介護・看護 ☐ ⑤災害復旧 ☐ ⑥求職活動 ☐ ⑦就学 ☐ ⑧その他		☒ ①就労 ☐ ②妊娠・出産 ☐ ③疾病・障害 ☐ ④介護・看護 ☐ ⑤災害復旧 ☐ ⑥求職活動 ☐ ⑦就学 ☐ ⑧その他	
	該当する「保育を必要とする事由」について、記入してください		⑧その他の場合	
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	☐ その他（ ） 約 1 時間 10 分（往復時間で記入）	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☒ 自動車 ☐ 電車 ☐ その他（ ） 約 時間 40 分（往復時間で記入）	
②妊娠・出産の場合	出産予定年月日 産前産後休業期間	年 月 日 年 月 日 ~ 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	該当する場合はできるだけ詳細に記入してください			
家庭状況	☐ ひとり親 ☐ ①未婚 ☐ ②死亡 ☐ ③離婚 ☐ ④離婚調停中 ☐ ⑤行方不明 ☐ ⑥その他	事由発生日	年 月 日	⑥その他の場合
生活保護の適用の有無	☐ 有 ☒ 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。