

申請日

令和〇年2月16日

子育てのための施設等利用給付認定申請書

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

等をご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						
	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						
	連絡先	090-1234-5678						
連絡先区分	☒ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 ☐ その他 ()		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	

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										
	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										
	連絡先	090-8765-4321										
連絡先区分	☒ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 ☐ その他 ()		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					

申請する認定区分等	A	新1号認定	幼稚園利用のみの方はAに、 預かり保育や認可外保育施設を利用の方はBに○をしてください。	・サポート・センター事業
	B	新2号/新		
	認定希望期間	令和〇 年 4 月 1 日 から		

施設等利用給付認定を希望する児童	フリガナ	カトウ モモコ	個人番号	0000 0000 0000	生年月日	☐ H ☒ R 〇年 5月 8日	性別	☐ 男 ☒ 女
	氏名	加東 桃子						
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる						
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				

利用(予定)施設	国立大学附属幼稚園・新制度に移行していない幼稚園を利用(予定)の方						
	施設名	なかよし幼稚園	預かり保育事業等の利用状況 (認定区分Bを申請する場合のみ)		☒ 幼稚園の預かり保育のみを利用(予定)		
					☐ 幼稚園の預かり保育以外のサービスも利用(予定)		
	認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・ファミリー・サポート・センター事業を利用(予定)の方						
	施設名等		サービスの種類	認可外・一時預かり 病児保育・ファミサポ	所在地	〒	
施設名等		サービスの種類	認可外・一時預かり 病児保育・ファミサポ	所在地	〒		

→裏面も記入してください

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 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 トモコ 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

申請する認定区分が「B」に該当する場合のみ記入してください。									
保	申請者の状況				同一世帯に属する保護者（配偶者等）の状況				
	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 ☐ ③疾病・障害 ☐ ④介護・看護 ☐ 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				
	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 ※手段が複数ある場合は全てにチェック		☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☒ 自動車 ☐ 電車 ☐ 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		年 月 日						
	産前産後休業期間		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								