

記入例

教育・保育給付認定申請書

申請日

令和5年10月16日

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

報等閲覧することに同意します。

|              |                                                                                                                                     |                                                                                |               |                                                                  |           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |   |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 申請者<br>(保護者) | フリガナ                                                                                                                                | カウ ヒロシ                                                                         | 個人番号          | 0000 0000 0000                                                   | 生年<br>月日  | <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R | 申請する児<br>童との続柄<br>(※)                                                                                                                                                           | 父 |
|              | 氏名                                                                                                                                  | 加東 ヒロシ                                                                         |               |                                                                  | 63年 6月20日 |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |   |
|              | 現住所                                                                                                                                 | 〒 673-1493 加東市社50-1                                                            |               |                                                                  |           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |   |
|              | 本年1月1日<br>時点の住所                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 現住所と異なる |               |                                                                  |           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |   |
|              | 前年1月1日<br>時点の住所                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ<br><input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる |               |                                                                  |           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |   |
|              | 連絡先                                                                                                                                 | 090-1234-5678                                                                  | 障害者手帳<br>等の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |           | 障害に係る<br>手当等の受給状況                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |   |
| 連絡先<br>区分    | <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                |               |                                                                  |           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |   |

|                           |                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                  |                |                   |                                                                                                                                                                                 |                       |   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|
| 同一世帯に<br>属する保護者<br>(配偶者等) | 同一世帯に属する保護者(配偶者等)の有無                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               |                                                                  |                |                   |                                                                                                                                                                                 |                       |   |
|                           | フリガナ                                                                                                                                | カウ スミレ                                                                         | 個人番号                                                             | 0000 0000 0000 | 生年<br>月日          | <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R                                                          | 申請する児<br>童との続柄<br>(※) | 母 |
|                           | 氏名                                                                                                                                  | 加東 すみれ                                                                         |                                                                  |                | 63年 5月25日         |                                                                                                                                                                                 |                       |   |
|                           | 現住所                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる |                                                                  |                |                   |                                                                                                                                                                                 |                       |   |
|                           | 本年1月1日<br>時点の住所                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 現住所と異なる |                                                                  |                |                   |                                                                                                                                                                                 |                       |   |
|                           | 前年1月1日<br>時点の住所                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ<br><input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる |                                                                  |                |                   |                                                                                                                                                                                 |                       |   |
| 連絡先                       | 090-8765-4321                                                                                                                       | 障害者手帳<br>等の有無                                                                  | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |                | 障害に係る<br>手当等の受給状況 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |                       |   |
| 連絡先<br>区分                 | <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                |                                                                  |                |                   |                                                                                                                                                                                 |                       |   |

|                          |                                                                                    |                                                                                               |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 教育・保育給<br>付認定を希望<br>する児童 | 認定を希望する児童の数                                                                        | 1                                                                                             |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
|                          | フリガナ                                                                               | カウ モモコ                                                                                        | 個人番号          | 0000 0000 0000                                        | 生年<br>月日                                                         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> R | 性別                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 男<br><input checked="" type="checkbox"/> 女                                                                                                                        | 認定<br>区分 | <input type="checkbox"/> 1号<br><input checked="" type="checkbox"/> 2号<br><input type="checkbox"/> 3号 |
|                          | 氏名                                                                                 | 加東 桃子                                                                                         |               |                                                       | 7年 5月 8日                                                         |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
|                          | 現住所                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる                |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
|                          | 保育を<br>希望する<br>時間                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間)<br><input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間) |               | 障害者手帳<br>等の有無                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                                                  | 障害に係る<br>手当等の受給状況                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |          |                                                                                                      |
|                          | フリガナ                                                                               |                                                                                               |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
|                          | 氏名                                                                                 |                                                                                               |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
|                          | 現住所                                                                                | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる                           |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
|                          | 保育を<br>希望する<br>時間                                                                  | <input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間)<br><input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間)            |               | 障害者手帳<br>等の有無                                         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無            |                                                                  | 障害に係る<br>手当等の受給状況                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金            |          |                                                                                                      |
|                          | フリガナ                                                                               |                                                                                               |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
| 氏名                       |                                                                                    |                                                                                               |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
| 現住所                      | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる                |                                                                                               |               |                                                       |                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                      |
| 保育を<br>希望する<br>時間        | <input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間)<br><input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間) |                                                                                               | 障害者手帳<br>等の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                                                  | 障害に係る<br>手当等の受給状況                                                | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><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。

| 申請する児童の世帯員構成<br>(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 | 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 | 姉                |      | □T □S <input checked="" type="checkbox"/> H □R | 加東小学校    | <input checked="" type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | <input checked="" type="checkbox"/> 加東市<br><input type="checkbox"/> 加東市外 | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 | □身体障害者手帳<br>□療育手帳<br>□精神障害者保健福祉手帳<br>□特別児童扶養手当<br>□障害年金 |
|                                       | 加東 咲子   |                  |      | 月 21 日                                         |          |                                                                       |                                                                          |                                                                     |                                                         |
| 2                                     | カトウ トモヲ | 祖父               |      | □T □S □H □R                                    | 農業       | <input checked="" type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | <input checked="" type="checkbox"/> 加東市<br><input type="checkbox"/> 加東市外 | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 | □身体障害者手帳<br>□療育手帳<br>□精神障害者保健福祉手帳<br>□特別児童扶養手当<br>□障害年金 |
|                                       | 加東 友蔵   |                  |      | 35年10月3日                                       |          |                                                                       |                                                                          |                                                                     |                                                         |
| 3                                     | カトウ コタケ | 祖母               |      | □T <input checked="" type="checkbox"/> S □H □R |          | <input checked="" type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | <input checked="" type="checkbox"/> 加東市<br><input type="checkbox"/> 加東市外 | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 | □身体障害者手帳<br>□療育手帳<br>□精神障害者保健福祉手帳<br>□特別児童扶養手当<br>□障害年金 |
|                                       | 加東 こたけ  |                  |      | 35年4月4日                                        |          |                                                                       |                                                                          |                                                                     |                                                         |
| 4                                     |         |                  |      | □T □S □H □R                                    |          | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居            | <input type="checkbox"/> 加東市<br><input type="checkbox"/> 加東市外            | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無            | □身体障害者手帳<br>□療育手帳<br>□精神障害者保健福祉手帳<br>□特別児童扶養手当<br>□障害年金 |
|                                       |         |                  |      | 年 月 日                                          |          |                                                                       |                                                                          |                                                                     |                                                         |
| 5                                     |         |                  |      | □T □S □H □R                                    |          | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居            | <input type="checkbox"/> 加東市<br><input type="checkbox"/> 加東市外            | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無            | □身体障害者手帳<br>□療育手帳<br>□精神障害者保健福祉手帳<br>□特別児童扶養手当<br>□障害年金 |
|                                       |         |                  |      | 年 月 日                                          |          |                                                                       |                                                                          |                                                                     |                                                         |

| 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 □②妊娠・出産 □③疾病・障害 □④介護・看護<br><input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 □⑥求職活動 □⑦就学 □⑧その他                                      |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ①就労 □②妊娠・出産 □③疾病・障害 □④介護・看護<br><input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 □⑥求職活動 □⑦就学 □⑧その他 |                                  |
|                                           | <b>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</b>                                                            |                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ⑧その他の場合 |                                                                                                                     |                                  |
| ①就労、⑦就学の場合                                | <input type="checkbox"/> バス <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 |                                  |                                                                                                                     |                                  |
|                                           | 通勤（通学）手段/時間<br><small>※手段が複数ある場合は全てにチェック</small><br><input type="checkbox"/> その他（ ）             | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                     |                                  |
|                                           | 約 1 時間 10 分（往復時間で記入）                                                                            | 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                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                     |                                  |
| <small>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</small> | <b>該当する場合はできるだけ詳細に記入してください</b>                                                                  |                                                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                     |                                  |
| 家庭状況                                      | <input type="checkbox"/> ひとり親                                                                   | <input type="checkbox"/> ①未婚 □②死亡 □③離婚<br><input type="checkbox"/> ④離婚調停中 □⑤行方不明 □⑥その他                                                                   | 事由発生日                            | 年 月 日                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ⑥その他の場合 |
| 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。