

子どものための教育・保育給付認定申請書兼保育施設利用申込書（1号申請用）

東吾妻町長 宛

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかかる支給認定をします。
併せて児童福祉法、子ども・子育て支援法に基づく保育関係施設への入所について申し込みをします。
施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧することや、その情報に基づき決定した利用者負担額について、希望する特定教育・保育施設に対しても必要な情報を提示することに同意します。
また、保育の提供又は保育料の算定のために必要がある場合は、町が保有する個人情報を利用すること、町が勤務先に対し勤務内容等について職権調査すること並びに希望施設に対し、この申込書の内容及び保育関係の情報を提供することに同意します

申請・同意日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 申請者（保護者）氏名 水仙 太郎（印）

申請児童	(ふりがな) 氏 名		生年月日	性別	保護者との 続柄	障害者手帳の 有無
	すいせん はなこ 水仙 華子		令和・年・月・日	男 女	子	有・無
申請者 (保護者) 氏名・現住所	氏 名		自宅	0279-68-****		
	水仙 太郎		父携帯	090-****-****		
	現 住 所		母携帯	080-****-****		
	東吾妻町大字原町****番地*		その他 携帯	(祖母) 携帯 070-****-****		
本年1月1日の住所		☒ 同上 ・ ☐ 右記住所：				
利用希望施設	はらまち こども園		理由	※特段の理由があり、通園区域外のこども園を希望する場合記入してください。		
利用希望期間	令和〇〇年 〇 月 〇 日から		☒ 小学校就学前まで ☐ 年 月 日まで			
ひとり親世帯等の適用の有無	☒ 無 ・ 有 (☐ ひとり親世帯等 ☐ 在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護適用の有無	☒ 無 ・ 有 (年 月 日 保護開始)					
区分	(ふりがな) 氏 名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等 (令和8年4月1日予定)	障害者手帳 の有無
児童の同居世帯員 (申請児童を除く)	マイナンバー記入欄(12桁の番号・こどもの記入は不要)					
	すいせん たろう 水仙 太郎	父	平成・年・月・日	男 女	〇〇〇〇商事(株)	有・無
	--***-***					
	すいせん さくこ 水仙 咲子	母	平成・年・月・日	男 女	〇〇〇〇医院	有・無
	--***-***					
	すいせん りょうた 水仙 良太	兄	平成・年・月・日	男 女	原町小学校	有・無
	--***-***					
	すいせん よしこ 水仙 良子	祖母	昭和・年・月・日	男 女	無職	有・無
	--***-***					
			年 月 日	男・女		
		年 月 日	男・女			有・無
		年 月 日	男・女			有・無
父または母が 児童と同居し ていない場合	氏名	続柄 (父・母)		同居していない 理由	☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ 離婚調停中 ☐ 単身赴任 ☐ 未婚 ☐ その他 ()	
	マイナンバー※	上記理由が生じた日		年 月 日		
児童扶養手当受給の有無		☒ 受領していない ☐ 受領している (年 月 日から)				

※単身赴任の場合、マイナンバーの記載が必要です。

○利用を希望する児童の様子について

集団生活の経験	無 ・ 有 (期間: 令和○年 ○月 ~ 令和○年 ○月)
障害者手帳の情報	無 ・ 有 (身体障害者手帳・療育手帳・その他) 等級等 ()
アレルギー情報	無 ・ 有 () ※医師による食事制限の有無 (無 ・ 有 /)
その他児童の健康状況 (病気の経験がある場合記入)	☐ 小児ぜん息 ☐ てんかん ☐ 川崎病 ☐ 熱性けいれん ☐ 心疾患等 ☐ アトピー (主な症状 ())
通院・入院の有無	【通院】 無 ・ 有 (内容 ()) 【入院】 無 ・ 有 (内容 ())
健診の受診状況	☒ 4ヶ月健診 ☒ 1歳6ヶ月健診 ☒ 3歳児健診
健診での指摘事項	無 ・ 有 () ※保護者の方が気になっていること ()
子育て関係機関への相談	無 ・ 有 (保健センター・児童相談所・その他 ()) ※相談内容 ()

※施設記入欄

マイナンバー確認者名	本人確認	施設受理日
	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ バス ポート	年 月 日

※町記入欄

受理日	担当者
年 月 日	