

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（2号・3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 年 月 日 申請者（保護者）氏名 (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
			年 月 日	男・女		有・無
申請者 (保護者) 氏名・現住所	氏名		連絡先	自宅		
				父携帯		
	現住所			母携帯		
				その他携帯	( )携帯	
本年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 同上 ・ <input type="checkbox"/> 右記住所：					
利用希望施設	第1希望		理由			
	第2希望		理由			
保育の必要時間	平日 ( : から : まで)		土曜保育	<input type="checkbox"/> 必要無し		
				<input type="checkbox"/> 必要 ( : から : まで)		
利用希望期間	令和 年 月 日から		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで ※こども園希望で転出予定等ない場合			
			<input type="checkbox"/> 年 月 日まで			
ひとり親世帯等の適用の有無	無・有 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 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
		マイナンバー記入欄 (12桁の番号・こどもの記入は不要)				
児童の同居世帯員 (申請児童を除く)	父	年 月 日	男・女			有・無
	母	年 月 日	男・女			有・無
		年 月 日	男・女			有・無
		年 月 日	男・女			有・無
		年 月 日	男・女			有・無
		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	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 受領していない <input type="checkbox"/> 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。

