

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）
 ※3号申請例

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		令和〇〇年〇〇月〇〇日	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	子	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
申請者（保護者） 氏名・現住所	氏名		連絡先	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		<input checked="" type="checkbox"/> 同上 ・ <input type="checkbox"/> 右記住所:				
利用希望施設	第1希望	はらまち保育所	理由	自宅に近いため		
	第2希望	あづま保育所	理由	母の通勤途上であるため		
保育の必要時間	平日 (8 : 30 から 16 : 30 まで)		土曜保育	<input checked="" type="checkbox"/> 必要無し <input type="checkbox"/> 必要 (: から : まで)		
利用希望期間	令和〇〇年〇月1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	
ひとり親世帯等の適用の有無			<input checked="" type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 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			<input checked="" type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 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)	すいせん たらう 水仙 太郎	父	平成〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	〇〇〇〇商事(株)	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	-**-**-*-****					
	すいせん さくこ 水仙 咲子	母	平成〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	〇〇〇〇医院	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	-**-**-*-****					
	すいせん りょうた 水仙 良太	兄	平成〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	原町小学校	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	-**-**-*-****					
	すいせん よしお 水仙 良夫	祖父	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	〇〇〇建設(株)	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
-**-**-*-****						
すいせん よしこ 水仙 良子	祖母	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	パート 〇〇スーパー	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
-**-**-*-****						
			年 月 日	男・女		有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
			年 月 日	男・女		有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
※世帯分離していても、同一地番・同一建物に居住している方は、同居とみなしますので記入してください。						
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 checked="" 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。

○保育の利用を必要とする事由等について

保育の利用を必要とする事由	続柄	必要とする理由	災害復旧・求職活動・児童虐待・DVの恐れ の場合は具体的な状況について記入
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 求職活動中の方は、別途「申立書」が必要です。 また、就労先が決定次第、速やかに就労証明書を提出してください。 </div>
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他 ()	
産休・育休の取得状況 (予定含む)	無・有 出産日又は出産予定日 令和 年 月 日 産前産後休暇期間 令和 年 月 日 日から令和 年 月 日 育児休業期間 令和 年 月 日 日から令和 年 月 日		

○利用を希望する児童の様子について

集団生活の経験	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 令和〇年 4月 ~ 令和〇年 10月)
障害者手帳の情報	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 小児ぜん息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心疾患等 <input type="checkbox"/> アトピー (主な症状)
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (内容) 【入院】 <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (内容)
健診の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 4ヶ月健診 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診
健診での指摘事項	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (保健センター・児童相談所・その他 ()) ※相談内容 ()

○祖父母の状況

	氏名	年齢	住所	就労状況 (勤務先)
父方	祖父 水仙 良男	〇〇	同居	無職・就労: 〇〇〇建設(株)
	祖母 水仙 良子	〇〇	"	無職・就労: 〇〇スーパー
母方	祖父 岩櫃 一夫		亡くなられている方は、氏名のみ記載してください。	
	祖母 岩櫃 一子	〇〇	群馬県〇〇市〇〇123-4	無職・就労: 〇〇事務所(有)

※世帯分離していても、同一地番・同一建物に居住している場合、同居とみなします。表面に記載の祖父母については、記載不要です。

※施設記入欄

マイナンバー確認者名	本人確認	施設受理日
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> バスポート	年 月 日

※町記入欄

受理日	担当者
年 月 日	