

教育・保育給付認定申請書

記載例

(宛先) 昭島市長

令和 ○年 ○月 ○日

申請日を忘れずに記載してください。

<申請される保護者について>

保護者（原則世帯主）の方が申請してください。また、「保育所等利用申込書」の保護者名についても認定申請と同様の保護者が申込みしてください。
 代理人の方が手続きされる場合は必ず委任状と代理申請者の本人確認書類が必要となります。

を申請します。

個人番号(マイナンバー)が不明、分からない等の場合は未記入のままお持ちください。記入された場合は、番号が確認できる書類をお持ちください。(マイナンバーカード・通知カード等)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|------|---|------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保護者 | フリガナ | アキシマ タロウ | 生年月日 | 昭和60年11月 1日 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 昭島 太郎 | 個人番号 (マイナンバー) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| | 住所 | 〒196-8511 昭島市田中町1-17-1 | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 自宅 042-544-5111 父携帯 090-9999-9999 母携帯 090-1111-1111 | | | | | | | | | | | | | |

1 認定を受けようとする教育・保育認定区分や施設名等

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|-----------------------------------|--|--|------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請に係る子ども(1) | フリガナ | アキシマ モクセイ | 続柄 | 障害手帳 | 生年月日 | 令和 3年10月1日 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 昭島 もくせい | 子 | <input type="checkbox"/> 有 | 個人番号 (マイナンバー) | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 希望認定区分 | 幼稚園等 | 2号…満3歳～就学前の子ども 3号…満3歳未満の子ども ※利用開始希望日時点 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 保育所等 | <input type="checkbox"/> 2号 <input checked="" type="checkbox"/> 3号 | <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間) | | 市外の場合は所在市区町村 () | | | | | | | | | | | |
| 施設等の利用希望期間 | | 令和 ○年 ○月 1日から 就学前まで・その他(令和 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |

入所は毎月1日となります。

同居している方全員(申請する子どもを除く)を記入してください。
 (同居人、祖父母等も記入してください。)
 ※婚姻関係がある配偶者は別居中でも記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|---------------------------|-----------------------------|---|------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請に係る子ども(2) | フリガナ | | 続柄 | 障害手帳 | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 有 | 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | | |
| | 希望認定区分 | 幼稚園 | <input type="checkbox"/> 1号 | <input type="checkbox"/> 教育標準時間利用(4時間) | | 市外の場合は所在市区町村 () | | | | | | | | | | | |
| | | 保育所等 | | <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間) | | 市外の場合は所在市区町村 () | | | | | | | | | | | |
| 施設等の利用希望期間 | | 月 日から 就学前まで・その他(令和 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |

現在の状況を把握するため、会社名、学校名、施設名、日中の状態について記入してください。

個人番号(マイナンバー)が不明、分からない等の場合は未記入のままお持ちください。保護者本人以外の番号確認書類は必要ありませんが、記載した番号に間違いがないかの確認をお願いします。

令和4年1月2日以降に昭島市に転入された方は前住所を記入してください。

| | | | | | | | |
|---------------------|----------|---|----|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|
| 申請に係る子どもの同居家族 | (フリガナ)氏名 | 個人番号(マイナンバー) | 続柄 | 障害手帳 | 生年月日 | 勤務先 | 認定 |
| | 昭島 太郎 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | 父 | <input type="checkbox"/> | S60年 11月 1日(37) | (株)〇〇 | <input type="checkbox"/> |
| | 花子 | 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 | 母 | <input type="checkbox"/> | S60年 12月 1日(37) | 疾病療養中 | <input type="checkbox"/> |
| | うっし | | 子 | <input type="checkbox"/> | H25年 6月 1日(9) | 拝島第〇小学校 | <input type="checkbox"/> |
| 利用開始希望日の前年1月1日現在の住所 | | 続柄(父) <input type="checkbox"/> 現在と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 住所(☆☆県〇〇市△△町1-1-1) | | | | | |
| ひとり親家庭 | | <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 | | 生活保護法適用の世帯 | | <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 | |

◎以下の項目については、保育を希望する方のみ記載してください。

3 保育認定が必要な理由 ※該当する箇所の具体的な状況を記入してください。

| 保育を必要とする理由 | | 続柄（父） | 続柄（母） |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 就 労 | 形 態 | <input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 就労内定 | <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 就労内定 |
| | 就 労 日 数 | <input checked="" type="checkbox"/> 週 5日 <input type="checkbox"/> 月 日 | <input type="checkbox"/> 週 日 <input type="checkbox"/> 月 日 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 就 労 | 就 労 時 間 | 9時00分から18時00分（休憩60分） 実働 8時間 00分 | 時 分から 時 分（休憩 分） 実働 時間 分 |
| | 通 勤 時 間 | 通勤手段（ 電車 ）片道（ 1時間10分） | 通勤手段（ ）片道（ 時間 分） |
| | 休業中の場合 | 事由（ ） 期間 年 月 日から 年 月 日 | 事由（ ） 期間 年 月 日から 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 出 | 父・母がそれぞれ該当する理由の項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> を入れた項目を証明する書類が必要になります。 | | 年 月 日 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 疾 病 | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日から <input type="checkbox"/> 通院 週 ・ 月 日 病院名（ ） | <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日から <input checked="" type="checkbox"/> 通院 週 ・ 月 日 病院名（ ） |
| <input type="checkbox"/> 障 害 | 種 別 | 種 級・度 | 種 級・度 |
| <input type="checkbox"/> 介 護 <input type="checkbox"/> 看 護 | 被介護者・被看護者 手帳・認定 介護・看護・付添時間 | 氏名（続柄） 住所（同居・別居） <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 付添 頻度 1週間に 回（1回 時間） | 氏名（続柄） 住所（同居・別居） <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 付添 頻度 1週間に 回（1回 時間） |
| <input type="checkbox"/> 災害復旧 | 発生時期 | 年 月 日発生（事由） | 年 月 日発生（事由） |
| <input type="checkbox"/> 就 学 | 学 校 名 在 学 期 間 | 学校名（ ） 年 月 日～ 年 月 日 | 学校名（ ） 年 月 日～ 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 求 職 中 | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 求職中（方法） <input type="checkbox"/> 起業準備中 | <input type="checkbox"/> 求職中（方法） <input type="checkbox"/> 起業準備中 |
| <input type="checkbox"/> そ の 他 | 現在の状況 | | |

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育所機能部分）及び地域型保育事業（小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育）をいいます。

※「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園（幼稚園機能部分）をいいます。

※この記載事項及び添付書類の記載事項は、子ども子育て支援システムに記録されます

| 事務処理欄 | 受付 | 收受印 |
|-----------------------------|----|-----|
| 本人確認 免許証・パスポート・MNカード・その他（ ） | | |
| | 入力 | |
| | 確認 | |
| | | |