

様式第1号の7(第2条の4関係)

教育・保育給付認定申請書(兼入所申込書兼保育児童台帳)

(宛先) 鴻巣市長

(施設(事業者)長)

受付印

施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を次のとおり申し込みます。

申請に係る 小学校就学 前の子ども	ふりがな	生年月日		性別	年齢	障害者手帳の有無
	氏名	年月日生		男・女	歳 (4/1時点)	有・無
	個人番号					
利用を 希望する 施設名 (事業所)	第1希望		第6希望			
	第2希望		第7希望			
	第3希望		第8希望			
	第4希望		第9希望			
	第5希望		第10希望			
利用を希望する期間	年月日から年月日まで		・就学前まで			
保育の希望の有無	有:保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む。) 無:幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。)					
認定証番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。					

○申請(入所)子どもの世帯の状況(住民票の世帯によらず、同居者は全員記載してください。)

区分	子どもとの続柄	ふりがな 氏名	生年月日	個人番号	職業 又は 学年等 学校名 (学年)等	障害者手帳	就労等時 間 (1日)	備考
申請 (入所) 子どもの世帯員						有・無		
						有・無		
						有・無		
						有・無		
						有・無		
						有・無		
ひとり親世帯の状況		□死別 □離婚 □別居 □行方不明 □未婚 □単身赴任 □その他()						
生活保護の状況		適用なし 適用あり (年月日 保護開始)						

○税情報等の提供に当たっての署名欄

- 市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること並びにその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することができます。
- 教育・保育給付認定申請書及び添付書類は、認定申請の資料、入所選考の資料、児童保育台帳として使用します。入所の選考、保育の運営上必要な場合、教育・保育給付認定申請書及び添付書類の内容について、希望する施設・関係機関に提供することができます。
- 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

保護者(申請者)氏名

(表面)

○保育の利用を必要とする理由等(保育の希望の有無において「有」を○を付けた方は記入してください。)

続柄	必 要 と す る 理 由					備考
父親の状況	<input 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"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) [時 分から 時 分・日/月]					
母親の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) [時 分から 時 分・日/月]					
希望する利用時間	利用曜日		利用時間			
	曜日から 曜日まで		時 分から 時 分まで			

○祖父母の状況

父方		母方	
【祖父】 □同居 □別居	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 職業 有()・無 健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)	【祖父】 □同居 □別居	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 職業 有()・無 健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)
	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 職業 有()・無 健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)		
	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 職業 有()・無 健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)		
	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 職業 有()・無 健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)		

*市記載欄

認定の可否	認定証番号	認定区分等
可・否(理由 _____) 年 _____ 月 _____ 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□標 □短)
給付(入所)の可否		給付(利用)期間
可・否(理由 _____) 〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名		備 考
<input type="checkbox"/> 認定こども園(□連 <input type="checkbox"/> 幼(□幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 保(□保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(□幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(□小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	(事業所番号 :)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定)))・無
備 考	

(裏面)