

## 教育・保育給付認定申請書

年 月 日

足利市長 宛て

保護者氏名

次のとおり、教育・保育に係る給付認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	氏 名	生年月日	性別	保護者との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
	個 人 番 号	(12桁)			
保護者住所・連絡先 生年月日	(住所) (方書)  (個人番号)	(生年月日)		年 月 日	
保育の希望の有無 (*1)	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)				

(\*1) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園 (保育部分)、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、認定こども園 (教育部分) をいいます。

① 保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	個人番号
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (予定: 月 日) <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	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (予定: 月 日) <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	

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無 ・ 有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギーの情報	無 ・ 有 ( )
その他特記事項	無 ・ 有 ( )

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当 ・ 該当 ( <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 )
生活保護の適用の有無	非該当 ・ 該当 ( 年 月 日保護開始)

区分	氏 名	生年月日	性別	児童との続柄	多子軽減計算対象施設 (*2)	職 業 又は 学校名等	備考
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		

(\*2) 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、該当にチェックを付けて下さい。

(裏)

④利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
希望する 利用曜日・時間 (*4)	利用曜日	利用時間	
	曜日から 曜日まで	時 分 から 時 分 まで	
利用を希望する 施設（事業者）名 (*5)	施設（事業者）名・希望理由(*6)		
	第1希望	(希望理由)	事業所番号(*7)
	第2希望	(希望理由)	事業所番号(*7)
	第3希望	(希望理由)	事業所番号(*7)

(\*4) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(\*5) 幼稚園等を経由して市に提出する場合は記入不要です。

(\*6) 小規模保育等を利用しており、違携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

(\*7) 市記載欄のため、申請時に記入は不要です。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

足利市が教育・認定給付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。また、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に同意します。
保護者氏名

\*施設記載欄（幼稚園・保育園等を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	(施設・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	

\*足利市 課記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給（入所）の可否 可・否 (否とする理由) 〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 〕		支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名		
□認定こども園（□連 □幼（□幼□保） □保（□保□幼） □地（□幼□保） □幼稚園 □保育所 □地域型（□小 □家 □居 □事）		
備 考		