

教育・保育給付認定申請書

伊東太郎様

押印不要です

マイナンバーを記入してください

令和 7 年 10 月 21 日

(保護者等) 申請者	フリガナ	イウ タロウ	個人番号	000000000000	生年月日	昭和58年11月10日	申請する児童との続柄	父	
	氏名	伊東 太郎							
	現住所	〒414-0046 伊東市大原2-1-1 伊東アパート101号							
	連絡先	090-XXXX-XXXX	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金			
	連絡先区分	<input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()							

(配偶者等) 同一世帯に属する保護者	同一世帯に属する保護者(配偶者等)の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	フリガナ	イウ ハナコ	個人番号	999999999999	生年月日	昭和63年2月10日	申請する児童との続柄	母
	氏名	伊東 花子						
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ()						
	連絡先	090-XXXX-XXXX	障害者手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金		
連絡先区分	<input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()							

保育園等の利用を希望する場合、
 ・満3歳未満は「3号」認定となります。
 ・満3歳以上は「2号」認定となります。

教育・保育給付認定を希望する児童	認定を希望する児童の数		2 人							
	1	フリガナ	イウ マツコ	個人番号	111111111111	生年月日	令和3年1月10日	性別	女	
		氏名	伊東 松子							
		現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ()							
	保育を希望する時間	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間(1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間(1日最大8時間)		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金			
	2	フリガナ	イウ タケオ				個人番号	222222222222	生年月日	令和6年2月15日
	氏名	伊東 竹男								
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ()								
	保育を希望する時間	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間(1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間(1日最大8時間)		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金			
	3	フリガナ					個人番号		生年月日	
氏名										
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ()									
保育を希望する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間(1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間(1日最大8時間)		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金				

希望する保育時間を記入してください。
 ※保育の必要時間(量)は、保育を必要とする事由や就労時間等に合わせて認定されます。

申請する児童の世帯構成員（認定希望の児童及び保護者・配偶者は除く）

世帯構成員の数		2		人				
	フリガナ 氏名	児童 との 続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は 学校名	同居 別居 の別	障害者 手帳等 の有無	障害に係る手当等 の受給状況
1	イウ サブウ	兄	333333333333	平成27年6月10日	南小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
	伊東 三郎					<input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
2	イウ ヨシウ	祖父	444444444444	昭和40年1月10日	自営業	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
	伊東 吉郎					<input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
3						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
4						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
5	<p>保育を必要とする事由にチェックをしてください。 保育を必要とする事由ごとに必要な確認書類を添付してください。 ※保護者(父・母)ごとに必要です。</p>						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金

認定保護者の状況		同一世帯に属する保護者（配偶者）の状況	
保育の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動 <input type="checkbox"/> ⑦就学 <input type="checkbox"/> ⑧その他	<input checked="" type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動 <input type="checkbox"/> ⑦就学 <input type="checkbox"/> ⑧その他	
①就労、⑦就学 の場合	通勤(通学) 手段/時間 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 () ※手段が複数 ある場合は 全てにチェック 約 時間 20 分 (往復時間)	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 () 約 時間 40 分 (往復時間)	
②妊娠・出産 の場合	出産予定 年月日	令和 年 月 日	
	産前産後 休業期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
④~⑥、⑧の 場合の具体的 な状況			
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 死亡	事由 _____ 日
生活保護の 適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<p>情報閲覧の同意について必ずチェックをしてください。</p>	
情報閲覧の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等を閲覧することに同意します		