

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書

愛南町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定および施設利用を申請します。
 教育・保育認定および保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等の閲覧並びに利用者負担額等について、
 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。

提出日		令和 年 月 日		申請者(保護者)		申請者(保護者)の配偶者等		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
フリガナ										
氏名		氏 名		氏 名		氏 名				
個人番号										
生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 西暦		年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日				
住所		〒 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区		
		<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				<input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区
本年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる		
前年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる		
申請する児童との続柄				申請する児童との続柄						
障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
連絡先										
保育を希望する場 合	保育を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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			
	就労		勤務先							
	通勤時間(往復)		時間 0 分		育児休業の延長希望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		時間 0 分 育児休業の延長希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	その他の事由									
妊娠・出産		出産予定日		令和 年 月 日						
申請児童数		<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人		市区町村使用欄		1人目		2人目		
		<input type="checkbox"/> 幼併願		<input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短		<input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短		<input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短		
申請児童 (1人目)	フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	氏名		氏 名		氏 名		アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	個人番号						アレルギーの種類			
	生年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		入所希望年度4月1日時点の年齢 ()歳		保育の希望の有無※		<input type="checkbox"/> 有 (幼稚園等のみはレ点不要)	
	現在の保育状況		<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他		施設名・預け先					
	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		病名・障害名		病院・施設名			
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと										
申請児童 (2人目)	フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	氏名		氏 名		氏 名		アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	個人番号						アレルギーの種類			
	生年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		入所希望年度4月1日時点の年齢 ()歳		保育の希望の有無※		<input type="checkbox"/> 有 (幼稚園等のみはレ点不要)	
	現在の保育状況		<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他		施設名・預け先					
	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		病名・障害名		病院・施設名			
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと										
申請児童 (3人目)	フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	氏名		氏 名		氏 名		アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	個人番号						アレルギーの種類			
	生年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		入所希望年度4月1日時点の年齢 ()歳		保育の希望の有無※		<input type="checkbox"/> 有 (幼稚園等のみはレ点不要)	
	現在の保育状況		<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他		施設名・預け先					
	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		病名・障害名		病院・施設名			
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと										

※保護者の労働または疾病等により保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等の併願を含む)にレ点を入れてください。

幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願を除く)は不要です。

◆幼稚園等: 幼稚園、認定こども園(教育部分) ◆保育所等: 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、事務所内保育

