



教育・保育給付認定申請書

袖ヶ浦市長 様

年 月 日

申請者氏名 _____

教育・保育給付認定を受けたいので、袖ヶ浦市保育の必要性の認定等に関する規則第5条第1項の規定により次のとおり申請します。

また、市担当者が教育・保育給付認定等を行うために必要な市民税等に関する情報を閲覧等することに同意します。

申請に係る児童	氏名		生年月日		性別
	フリガナ		年 月 日	(入所年度4月1日時点で 歳)	男・女
保護者の住所・電話番号	住所	〒 袖ヶ浦市		マンション名など	
	電話番号	自宅	— — ()	携帯	— — ()
教育・保育給付認定証番号	※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。				
保育の利用の希望(※)	有 保護者の就労等の理由により保育所等における保育の利用を希望する場合 無 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願する場合を除く。)				

※「有」を○で囲んだ場合は以下の全て、「無」を○で囲んだ場合は①及び⑥に必要事項を記入してください。

①世帯の状況(同一生計全員を記入、入所児童からみた続柄を記載ください。)

区分	氏名	続柄	生年月日	性別	職業、学校名等	備考
保護者	フリガナ		大・昭平・令 年 月 日	男・女		
	フリガナ		大・昭平・令 年 月 日	男・女		
その他の世帯員	フリガナ		大・昭平・令 年 月 日	男・女		
	フリガナ		大・昭平・令 年 月 日	男・女		
	フリガナ		大・昭平・令 年 月 日	男・女		
	フリガナ		大・昭平・令 年 月 日	男・女		
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護開始) <input type="checkbox"/> 適用なし				
ひとり親の場合の理由		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他)				
同一世帯の方(本人含む。)の身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の有無					<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

②利用を希望する期間及び施設(事業者)名等

利用を希望する期間	年 月 日から					
	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで					
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名		※太枠内 袖ヶ浦市記載欄(認定の可否)			
	第1希望		必要性	認定区分等		認定証番号
	第2希望		有・無	号		
	第3希望		認定事由	標準・短		
	第4希望			自	年 月 日	確認者
	第5希望			至	年 月 日	
	第6希望		利用施設	利用開始日		
	第7希望			年 月 日		
第8希望						

③祖父母の状況（父母以外で家計の主宰者である場合は個人番号を記載ください。）

区分	氏名	年齢	住所	職業	健康状態	個人番号
父方	父					
	母					
母方	父					
	母					

④保育の利用を必要とする事由等

※保護者の就労等の事由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする事由	続柄	事由	備考
		<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"/> 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"/> 介護等 <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"/> 介護等 <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"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
希望する利用時間	曜日（○をつけてください。）		時間（時間を記入してください。）
	月・火・水・木・金・土・日		時 分から 時 分まで
希望する利用区分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用（1日最大11時間までの利用） <input type="checkbox"/> 保育短時間利用（1日最大8時間までの利用）		

⑤父母の就労の状況（上記の事由が「就労」に該当する場合のみ記入ください。）

氏名		(父)	(母)
勤務先	名称		
	所在地		
	電話番号		
	仕事の内容		
時間	平日	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで
	土曜	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで
	日曜	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで
	交代勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし
通勤時間（片道）		時間 分	時間 分

⑥情報の閲覧等に関する同意の署名

申請に係る児童が子どものための教育・保育給付を受ける間において、市担当職員が教育・保育給付認定を行うために必要な市民税に関する情報（同一世帯員のものを含む。）及び世帯員の情報を閲覧等すること並びにこれらの情報に基づいて決定した利用者負担額（保育料）を特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提示することに同意します。

年 月 日

申請者

氏名 _____

配偶者

氏名 _____

父母以外で家計の主宰者である者

住所 _____

氏名 _____

※各自の署名をお願いいたします。