

教育・保育給付認定申請書

〇〇年〇月〇日

(宛先) 沼津市長

保護者氏名 沼津 太郎

提出する方(父又は母)のお名前

次のとおり、教育・保育給付認定を申請します。

| | | | | |
|----------------------------|--|---|-----|--------------|
| 申請に係る 小学校就学 前 子ども | (ふりがな) 氏名 | 生年月日 個人番号 | 性別 | 障害者手帳 の有無 |
| | ぬまづ じろう 沼津 二郎 | 平成 30年 12月 9日生 1 2 3 4 5 6 7 8 × × × × | 男・女 | 有・無 |
| 保護者 住所・連絡先 | (住 所) 410-8601 沼津市御幸町 16 番 1 号 (連絡先: 055 - 934 - XXXX) | | | |
| 認定者番号 | ※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。 | | | |
| 保育の希望 の有無(※) | <input checked="" type="radio"/> : 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(幼稚園等併願の場合を含む) <input type="radio"/> : 幼稚園のみご希望の方はこちらにご記入ください。 | | | |

日中連絡の取れる電話番号をすべてご記入ください。

幼稚園のみご希望の方はこちらにご記入ください。

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所(児童福祉施設)、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。(以下同じ)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入して下さい。

①世帯の状況

| 区分 | (ふりがな)氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 性別 | 職業又は学校名等 | 個人番号 |
|-----------|-------------------|-----------------------|--------------|--------|----------|-------------------------|
| 児童の世帯員 | ぬまづ たらう 沼津 太郎 | 父 | S60年 4月 30日生 | 男・女 | 〇〇会社 | 2 3 4 5 6 7 8 9 × × × × |
| | ぬまづ はなこ 沼津 花子 | 母 | S60年 5月 6日生 | 男・女 | (株)〇〇 | 3 4 5 6 7 8 9 0 × × × × |
| | ぬまづ いちこ 沼津 市子 | 姉 | H26年 7月 8日生 | 男・女 | 〇〇小学校 | |
| | ぬまづ いちろう 沼津 一郎 | 兄 | H29年 4月 20日生 | 男・女 | 〇〇保育園 | |
| | ぬまづ かずみ 沼津 一美 | 祖母 | S29年 8月 1日生 | 男・女 | 無職 | |
| | | | | 年 月 日生 | 男・女 | |
| 生活保護適用の有無 | | 適用無し・適用有り(年 月 日保護開始) | | | | 卒園までの期間をご記入ください。 |

父母の個人番号を記載してください。

卒園までの期間をご記入ください。

②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 | 2022年 4月 1日から 2025年 3月31日まで | | |
| 利用を希望する施設(事業者)名 | 施設(事業者)名・希望理由 | | 事業所番号* |
| | 第1希望 | 〇〇保育園 (希望理由) 兄が通園している | |
| | 第2希望 | ××保育園 (希望理由) 雰囲気の良いため | |
| | 第3希望 | △△認定こども園 (希望理由) 教育に興味がある | |

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。

*印の欄は沼津市記載欄ですので、記入する必要はありません。

○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③保育の利用を必要とする
※保護者の労働又は疾病

「保育の希望」が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由で当てはまるものについて、保護者ごとにチェックを入れ、それを証明できる書類を提出してください。

してください。

| | | | |
|---------------|--|---|----|
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備考 |
| | 父 | <input checked="" 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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況 ※〇〇会社勤務 8:30~17:30) ※勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など | |
| | 母 | <input checked="" 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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中で保育利用中 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況 ※(株)〇〇勤務 9:00~17:00) ※勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 | | |
| 希望する利用時間 | 利用曜日 | 利用時間 | |
| | 月 曜日から 金 曜日まで | 9時から 17時まで | |

保育の利用を必要とする具体的な状況(父、母の勤務状況等)をご記入ください。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

教育・保育給付認定に必要な市民税の情報に基づき決定した利用者負担額について、特

利用希望時間を24時間表記でご記入ください。

世帯情報を閲覧し、また表示することに同意します

署名の場合は押印不要です。

保護者氏名： 沼津 太郎
(署名又は記名押印)

【ここまで記入】

*沼津市記載欄

| | |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| | | |
|---|--------------------|--|
| 認定の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
| 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定 | | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 支給(入所)の可否 | 支給(利用)期間 | |
| 可・否 (否とする理由) <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 | | |
| <input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) | | |
| 備考 | | |

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して沼津市に提出する場合)

| | |
|-------|-------|
| 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 | |