

教育・保育給付認定申請書

1号認定を申請する場合の申請書

※ 新制度幼稚園・認定こども園の幼稚園枠を利用される方は全員提出が必要です。太線枠内を記入後、通園予定の園へ提出してください。

教育・保育給付認定申請書

申請者（保護者）	フリガナ	インザイ タロウ	個人番号	012345678901	生年月日	平成〇年 〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	父
	氏名	印西 太郎						
	現住所	〒 270-1396 印西市大森 2 3 6 4 番地 2						
	本年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 123-4567 〇〇市×× 9 8 7 1 番地					
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 123-4567 〇〇市×× 9 8 7 1 番地					
	連絡先	090-0000-0000		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金	
	連絡先区分	☒ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 その他（ ）						

ひとり親家庭の場合、無にチェックしてください。

同一世帯に属する保護者（配偶者等）	同一世帯に属する保護者（配偶者等）の有無	☒ 有 ☐ 無						
	フリガナ	インザイ ハナコ	個人番号	012345678902	生年月日	平成〇年 〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	母
	氏名	印西 花子						
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒 同上					
	本年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 同上					
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 同上					
	連絡先	090-0000-0000		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金	
	連絡先区分	☒ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 その他（ ）						

認定を希望する児童の数	2									
	フリガナ	インザイ マルオ	個人番号	012345678903	生年月日	令和〇年 〇月〇日	性別	男	認定区分	1号
	氏名	印西 丸男								
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒							
	保育を希望する時間	☐ 標準時間（1日最大11時間） ☐ 短時間（1日最大8時間）	障害者手帳等の有無	☒ 有 ☐ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☒ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金				

同時に申請する児童を3名まで記入できます。すでに認定済みのきょうだいについては記入不要です。

教育・保育給付認定を希望する児童	フリガナ	インザイ マルコ	個人番号	012345678904	生年月日	令和〇年 〇月〇日	性別	女	認定区分	1号
	氏名	印西 丸子								
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒							
	保育を希望する時間	☐ 標準時間（1日最大11時間） ☐ 短時間（1日最大8時間）	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金				

斜線部は記入不要です。

	フリガナ		個人番号		生年月日		性別		認定区分	
	氏名									
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒							
	保育を希望する時間	☐ 標準時間（1日最大11時間） ☐ 短時間（1日最大8時間）	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金				

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

裏面も記入してください。

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		8							
		フリガナ 氏名	申請する児 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	居住地の 市区町村	障害者手帳等 の有無	障害に係る 手当等の受給状況
	1	インザイ イチロウ 印西 一郎	兄	0123 4567 8905	令和〇年 〇月〇日	印西小学校	☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	2	インザイ マルミ 印西 丸美	妹	0123 4567 8906	令和〇年 〇月〇日		☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	3	インザイ カズオ 印西 一男	祖父	0123 4567 8907	昭和〇年 〇月〇日	株式会社 〇〇〇〇	☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	4	インザイ カズコ 印西 一子	祖母	0123 4567 8908	昭和〇年 〇月〇日		☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	5						☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金

保育を必要とする 事由	申請者の状況				同一世帯に属する保護者（配偶者等）の状況			
	①就労 ⑤災害復旧	②妊娠・出産 ⑥求職活動	③疾病・障害 ⑦就学	④介護・看護 ⑧その他	①就労 ⑤災害復旧	②妊娠・出産 ⑥求職活動	③疾病・障害 ⑦就学	④介護・看護 ⑧その他
	⑧その他の場合				⑧その他の場合			
	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 自動車 ☐ 電車 ☐ その他（ ） 約 時間 分（往復時間で記入）				☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 自動車 ☐ 電車 ☐ その他（ ） 約 時間 分（往復時間で記入）			
①就労、⑦就学の場合	通勤（通学）手段/時間 ※手段が複数ある場合は全 てにチェック							
②妊娠・出産の場合	出産予定年月日 産前産後休業期間							
「保育の必要性」の状況 が④～⑧に及びる場合の 理由を記入								
家庭状況	☐ ひとり親家庭	①未婚 ④離婚調停中	②死亡 ⑤行方不明	③離婚 ⑥その他	事由発生日		⑥その他の場合	
生活保護の適用の有無					☐ 有 ☒ 無			

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

該当する場合のみ記入し、
ひとり親家庭にチェックした場合、**戸籍謄本の写し等を提出**してください。

【個人番号(マイナンバー)確認書類について】

申請者(保護者)のマイナンバーの確認書類が必要です。

- 個人番号カードを持っている場合
マイナンバーカード（表・裏）

- 個人番号カードを持っていない場合（①、②の2点が必要です。）

- ①通知カードまたは住民票の写し(マイナンバー入り)
- ②運転免許証またはパスポート等

※ 住民票の写しは提出日前3ヶ月以内に取得したものを提出してください。

※ 通知カードは、記載内容に変更がない場合のみ利用可能です。本人確認書類の氏名・住所と一致していない場合は利用できません。

* 窓口で提出する場合は提示してください。

* 郵送で提出する場合は、写しを添付してください。

* 園へ提出する場合は、写しを封筒(封筒の表面に園名・園児氏名を記入)に入れ、封をして添付してください。