

教育・保育給付認定申請書

東京都大島町長殿

情報閲覧の同意 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

申請者(保護者)	フリガナ		個人番号		申請する児童との続柄
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	現住所	〒			
	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	〒		
	昨年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	〒		
	連絡先		障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況
連絡先区分	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				

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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		申請する児童との続柄
	フリガナ		個人番号		
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる			
	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			
	昨年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			
連絡先		障害者手帳の有無	<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
連絡先区分	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				

教育・保育給付認定を希望する児童	設定を希望する児童の数						
	1	フリガナ		個人番号		認定区分	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定
		氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日		
		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
	2	フリガナ		個人番号		認定区分	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定
		氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日		
		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		認定区分	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定
		氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日		
		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	

申請する児童の世帯構成員（認定希望の園児及び保護者・配偶者は除く）	世帯構成員の数		
	フリガナ		個人番号
	氏名		生年月日
	1	勤務先又は学校名	障害者手帳の有無
		同居別居の別	
		居住地の市区町村	
	フリガナ		個人番号
	氏名		生年月日
	2	勤務先又は学校名	障害者手帳の有無
		同居別居の別	
		居住地の市区町村	
	フリガナ		個人番号
	氏名		生年月日
	3	勤務先又は学校名	障害者手帳の有無
		同居別居の別	
		居住地の市区町村	
	フリガナ		個人番号
	氏名		生年月日
	4	勤務先又は学校名	障害者手帳の有無
		同居別居の別	
	居住地の市区町村		
フリガナ		個人番号	
氏名		生年月日	
5	勤務先又は学校名	障害者手帳の有無	
	同居別居の別		
	居住地の市区町村		

※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。

保育を必要とする事由	保護者の状況		同一世帯に属する保護者(配偶者等)の状況	
	①就労 ②妊娠・出産 ③疾病・障害 ④介護・看護 ⑤災害復旧 ⑥求職活動 ⑦就学 ⑧その他			①就労 ②妊娠・出産 ③疾病・障害 ④介護・看護 ⑤災害復旧 ⑥求職活動 ⑦就学 ⑧その他
①⑦の場合	通勤・通学手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他()	通勤・通学手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他()
	通勤・通学時間	(往復時間) 時間 分	通勤・通学時間	(往復時間) 時間 分
②の場合	出産予定日	令和 年 月 日		
	産前産後休業期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
④⑤⑥⑧の場合	具体的な状況	具体的な状況		

家庭状況	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他()	事由発生日	平成 令和 年 月 日
------	--------	---	-------	----------------

生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------	---