

令和7年度

## 教育・保育給付認定申請書兼保育施設利用申込書

申請年月日 令和 年 月 日

菊陽町長 様

次のとおり、保育施設への入所を希望しますので必要書類を添えて申し込みます。

なお、申込書の記載内容に虚偽があることが発覚した場合や必要書類を提出しない場合に、保育施設を退所させられても異議は一切申し立てません。

また、菊陽町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、及びその情報に基づき決定した内容を施設に対し提示することに同意します。

申込者 (保護者)	フリガナ		個人番号	生年月日	S・H 年 月 日	申込みに係る子どもとの続柄		
	氏名							
	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	〒					
	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	〒					
	連絡先		障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がい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"/> 障害年金		
	ひとり親世帯の確認 (該当する場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚調停中	事由発生日		年 月 日		
	生活保護世帯の確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						

申込者の 配偶者	フリガナ		個人番号	生年月日	S・H 年 月 日	申込みに係る子どもとの続柄		
	氏名							
	現住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 申込者と異なる	〒					
	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	〒					
	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	〒					
	連絡先		障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がい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"/> 障害年金		

申込みに 係る子ども	申込みに係る子どもの数		人	利用を希望する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 月末まで		
	1	フリガナ		個人番号	生年月日	H・R 年 月 日 ( 歳児)	性別	男・女
		氏名						
		申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転園 現在: <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2・3号 園名:	障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がい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	
	2	フリガナ		個人番号	生年月日	H・R 年 月 日 ( 歳児)	性別	男・女
		氏名						
		申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転園 現在: <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2・3号 園名:	障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がい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	
	3	フリガナ		個人番号	生年月日	H・R 年 月 日 ( 歳児)	性別	男・女
		氏名						
		申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転園 現在: <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2・3号 園名:	障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がい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	

※申込みに係る子どもが複数人いる場合は、一人目の子どもとの続柄を記入してください。(申込みに係る子ども及び保護者、その配偶者の記入は必要ありません。)

※住所が同じであれば世帯を分けていても同居となります。

世帯構成員の数	人						
	フリガナ氏名	続柄	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居別居の別	障がいに係る手当等の受給状況
申込みに係る子どもの世帯員構成	1			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<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			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<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			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<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
	4			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<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
	5			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<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

保育を必要とする事由	申込者の状況		申込者の配偶者の状況	
	<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・就学の場合	通勤(通学)手段/時間	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他( ) 約 時間 分 (往復)	通勤(通学)手段/時間	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他( ) 約 時間 分 (往復)
	育児休業取得中	令和 年 月 日 復職予定	育児休業取得中	令和 年 月 日 復職予定
	単身赴任	<input type="checkbox"/> 有( 年 月から) <input type="checkbox"/> 無	単身赴任	<input type="checkbox"/> 有( 年 月から) <input type="checkbox"/> 無
	単身赴任先住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる 〒	単身赴任先住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる 〒
	妊娠・出産	出産(予定)日 令和 年 月 日 出産・出産予定		
転入(転居)の状況	転入(転居)予定日 令和 年 月 日	転入(転居)予定先住所	〒	

祖父母の状況			
状況		年齢	住所
父方	祖父	別居・同居・死別(離別)	
	祖母	別居・同居・死別(離別)	
母方	祖父	別居・同居・死別(離別)	
	祖母	別居・同居・死別(離別)	