

子どものための教育・保育給付認定申請書(2号・3号認定用)兼利用申込書

HPダウンロード版

(宛先) 周南市長

子ども・子育て支援法第20条又は第23条第1項の規定により、同法第19条第1項第2号又は第3号に掲げる小学校就学前子どもの保護者として、教育・保育給付認定を次のとおり申請します。併せて、児童福祉法第24条第3項に基づく利用に係る調整及び要請並びに保育所における保育を申し込みます。

また、この申請書等及び添付書類の写しを利用内定の施設に送付すること並びに支給認定、利用調整、利用者負担額の決定及び副食費の徴収免除対象判定に関して課税情報(家族構成欄記載の者を含む。)及び世帯情報を閲覧することに同意します。

申込日	年 月 日	保護者(申請者)	氏名	住所				
			個人番号					
上記の申請及び個人番号の提供は右の者に委任します。		代理人	氏名	住所	(申請者と同住所の場合は記載不要)			
			続柄					
父母及び同住所に住んでいる人全員を記入してください。(年齢・学校名等は4月1日現在) 就学等のため生活費の送金を行っているなど生計を一にする別居の児童がいる場合も記入してください。								
家族構成(申込児童除く。)	児童から見た続柄	氏名 個人番号	生年月日	年齢	職業又は学校名等	障害	同居 別居	住所 (別居のみ記入)
		(フリガナ)	年 月 日			有・無	同・別	
		(フリガナ)	年 月 日			有・無	同・別	
		(フリガナ)	年 月 日			有・無	同・別	
		(フリガナ)	年 月 日			有・無	同・別	
		(フリガナ)	年 月 日			有・無	同・別	
		(フリガナ)	年 月 日			有・無	同・別	
1月1日時点の住所	父	年 □市内 □市外(市・町・村)	年 □市内 □市外(市・町・村)	父連絡先				
	母	年 □市内 □市外(市・町・村)	年 □市内 □市外(市・町・村)	母連絡先				
父又は母が同居していない理由	□単身赴任 □離婚(年 月) □離婚前提別居(年 月から)			電話	その他			
	□未婚 □死亡 □行方不明(年 月から) □その他()							
同居障害者の状況	該当者(申込児童含む) 氏名()			□生活保護を受給している				
	□身体障害者手帳()級 □療育手帳(A・B) □精神障害者保健福祉手帳()級			□中国残留邦人等支援給付を受給している				
	□特別児童扶養手当受給 □国民年金の障害基礎年金受給 ※各種手帳又は受給者証の写しが必要です。							

【利用希望児童・利用希望保育施設記入欄】※4月1日時点(年度初日時点)の年齢、支給認定を受けている場合は支給認定番号を記入してください。

利用希望に係る児童	①	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	障害	支給認定番号	
		個人番号	年 月 日	年 月 日	有・無		
	利用希望期間	開始	年 月 日から	現在の保育状況	□家庭 □職場 □親類 □認可外保育施設 □企業主導型保育施設 □一時預かり □保育所 □認定こども園 □幼稚園 □その他 現在利用の施設名〔 〕		
		終了	□小学校就学前まで □年 月 日まで				
	②	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	障害	支給認定番号	
		個人番号	年 月 日	年 月 日	有・無		
	利用希望期間	開始	年 月 日から	現在の保育状況	□家庭 □職場 □親類 □認可外保育施設 □企業主導型保育施設 □一時預かり □保育所 □認定こども園 □幼稚園 □その他 現在利用の施設名〔 〕		
		終了	□小学校就学前まで □年 月 日まで				
	③	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	障害	支給認定番号	
		個人番号	年 月 日	年 月 日	有・無		
	利用希望期間	開始	年 月 日から	現在の保育状況	□家庭 □職場 □親類 □認可外保育施設 □企業主導型保育施設 □一時預かり □保育所 □認定こども園 □幼稚園 □その他 現在利用の施設名〔 〕		
		終了	□小学校就学前まで □年 月 日まで				
利用希望時間	午前 時 分～午後 時 分		保育必要量	□保育標準時間(11時間) □保育短時間(8時間)			
園への特記事項	※アレルギーや発達の遅れ、かかったことのある病気など気になることがあれば児童名と共にご記入ください						
希望保育施設名	第1希望	希望園	理由	第2希望	希望園	理由	
	第3希望	希望園	理由	延長保育希望	□する ※実施園のみ(19時まで) □しない		

※ 新年度に係る申請の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、当年度末までに認定します。

※ 該当する区分にチェック(レ点)をし、必要な事項を記入してください。

(裏面も記入してください)

いずれの希望保育施設にも決定しなかった場合	<input type="checkbox"/> 利用できるまで待つ <input type="checkbox"/> 希望保育施設以外の保育施設を希望する <input type="checkbox"/> 認可保育施設利用以外の方法を検討する()	きょうだい(複数の児童)を同時に申しこむ場合	◆園について <input type="checkbox"/> 同じ園に入園できない場合は入園しない <input type="checkbox"/> 別々の園でも入園する。 <input type="checkbox"/> その他 ◆時期について <input type="checkbox"/> 同時期に入園できない場合は入園しない <input type="checkbox"/> 時期が別でも入園する。 <input type="checkbox"/> その他
-----------------------	---	------------------------	---

【保育を必要とする事由記入欄】

※該当する区分にチェック(レ点)をし、必要な事項を記入してください。

※父母の状況の証明となる書類の添付が必要となります、添付書類の欄をご確認ください。

※通勤時間は自宅から職場までの時間を記載してください。

区分		父の状況				母の状況				添付書類
<input type="checkbox"/> 就労	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業中(復職予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労先内定				<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業中(復職予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労先内定				雇用証明書又は自営業確認書(様式有)
	通勤時間	片道 時間 分				片道 時間 分				
<input type="checkbox"/> 内職	開始時期	年 月 日				年 月 日				
	仕事時間	1日 時間				1日 時間				
<input type="checkbox"/> 妊・出産	出産(予定)日		年 月 日						母子手帳の写し(表紙及び分娩予定日のページ)	
	出産後の予定		<input type="checkbox"/> 就労予定なし <input type="checkbox"/> 求職活動予定 <input type="checkbox"/> 産休のみ : 年 月 日復職 <input type="checkbox"/> 育児休業取得 : 年 月 日復職							
<input type="checkbox"/> 疾病	病名等									診断書又は診断証明書(様式有)
	病院名									
	状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他()				
	期間	期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで				期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで				
<input type="checkbox"/> 障害	障害名									診断書又は診断証明書(様式有)及び手帳をお持ちの場合はその写し
	手帳の交付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B				<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B				
<input type="checkbox"/> 介護・看護	介護・看護の対象者	氏名		続柄		氏名		続柄		・看護申立書(様式有) ・診断書又は診断証明書(様式有)
	病名等									
	介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 入院又は通院している親族に付き添い 入院 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 通院 週 回 <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護				<input type="checkbox"/> 入院又は通院している親族に付き添い 入院 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 通院 週 回 <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護				
	介護・看護の期間	期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで				期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで				
<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練	学校名									・在学証明書 ・就学時間の確認ができるカリキュラム等
	就学日数	1か月あたり 日				1か月あたり 日				
	就学時間	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分				午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分				
	就学期間	期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで				期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで				
<input type="checkbox"/> 求職	求職活動開始 年 月 日から				求職活動開始 年 月 日から				求職活動支援機関等利用証明書又は利用選考証明書(様式有)	
<input type="checkbox"/> 災害復旧	期間 : 年 月 日～ 年 月 日				期間 : 年 月 日～ 年 月 日				罹災証明	
<input type="checkbox"/> その他	内容()				内容()				—	

【マイナンバー確認】

確認欄	個人番号の記載	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	①番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等
	②身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 顔写真付きの身分証明書(運転免許証等) <input type="checkbox"/> その他書類2つ

市記載欄	受付欄	区分	支給認定番号	認定日	支給認定期間	認定区分	利用施設名
		①		年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	()号 (標・短)	
		②		年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	()号 (標・短)	
		③		年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	()号 (標・短)	
		適用みなし	4月～8月	9月～3月	県多子	4月～8月	9月～3月
		<input type="checkbox"/> 適用有(みなし 階層) <input type="checkbox"/> 適用無	<input type="checkbox"/> 適用有(みなし 階層) <input type="checkbox"/> 適用無		<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 適用無	<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 適用無	