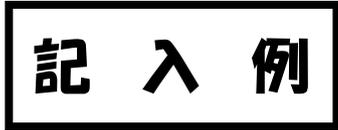


教育・保育給付認定申請書



(宛先) 栃木市長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付の認定を申請します。

※ 太枠内を記載ください。

保護者	ふりがな	とちぎ いちろう		申請日	令和2年9月5日		
	氏名	栃木 市郎		個人番号	123456789012		
				生年月日	S60年8月20日生		
				自宅電話番号	0282-00-0000		
住所	〒 328-0015 栃木市万町1234		連絡先電話番号	090-1234-5678			
児童	ふりがな	とちぎ とちすけ		個人番号	987654321098		
	氏名	栃木 とち介		生年月日	R元年5月10日生		
				保護者との続柄	子	性別	男・女
保育の希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 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（幼稚園等と併願の場合を含む。） <input type="radio"/> 無 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）						

日中連絡の取れる電話番号をご記入ください

注1 「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、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。

2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（幼稚園部分）をいいます。

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あ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。

1 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・障がい <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・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）や、その他の内容を記入 (株)〇〇〇〇に勤務、月曜日～金曜日 8:30～18:00	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）や、その他の内容を記入 ●●●●(株)に勤務、月曜日～金曜日 9:00～17:00	

2 申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input type="radio"/> 無・有（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）
アレルギーの情報	無・ <input checked="" type="radio"/> 有（卵）
その他特記事項	<input type="radio"/> 無・有（住民登録は別々でも、児童と同居する家族はすべて記入してください。また、父母が別居の場合も必ず記入してください。）

3 世帯の状況

ひとり親世帯等・在宅障がい児(者)の有無	<input type="radio"/> 非該当・ <input checked="" type="radio"/> 該当（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等、 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯）						
生活保護の適用の有無	<input type="radio"/> 非該当・ <input checked="" type="radio"/> 該当（ 年 月 日保護開始）						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	多子軽減計算対象施設	職業、学校名等	個人番号
児童の世帯員	(ふりがな) とちぎ いちろう 栃木 市郎	S60年8月20日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	父	<input type="checkbox"/> 対象	(株)〇〇〇〇	123456789012
	(ふりがな) とちぎ とち美 栃木 とち美	S63年3月3日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	母	<input type="checkbox"/> 対象	●●●●(株)	234567890123
	(ふりがな) とちぎ ひかる 栃木 光	H22年3月4日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	兄	<input checked="" type="checkbox"/> 対象	〇〇小学校	876543210987
	(ふりがな) とちぎ みやこ 栃木 都	S23年5月5日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	祖母	<input type="checkbox"/> 対象	□□□□(株)	765432109876
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				

次の施設に入っている場合は☑を入れてください（幼稚園・保育園・認定こども園・小学校）

注 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、☐対象にチェックを付けてください。

(裏)

4 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）の名称

利用を希望する期間	3 年 5 月 1 日 から 8 年 3 月 31 日 まで		
希望する利用曜日・時間	利用曜日	月 火 水 木 金 土 日	
	利用時間	8 時 10 分 から 17 時 40 分 まで	
利用を希望する施設（事業者）の名称	施設（事業者）名・希望理由		
	第1希望 ○○○保育園	(希望理由) 自宅に近いため	事業所番号(注)
	第2希望 △△△幼稚園	(希望理由) 勤務先に近いため	事業所番号(注)
	第3希望 □□□保育園	(希望理由) 通勤途中にあるため	事業所番号(注)
	第4希望 ◇◇◇保育園	(希望理由) 祖父母宅に近いため	事業所番号(注)
	第5希望 ☆☆☆幼稚園	(希望理由) 通勤途中にあるため	事業所番号(注)

注 事業所番号は市で記載をしますので、記載不要です。

5 税情報等の提供に当たっての署名欄

栃木市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること、並びにその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 栃木市郎

栃木

記名押印

※ 施設記入欄（施設を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）の名称	
担当者	氏名
	電話番号
入所契約（内定）の有無	有（ 契約・内定（ 年 月 日 ） ） ・ 無
備考	

※ 市記入欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否	可・否 (否とする理由)	認定者番号	
		認定区分等	□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
		認定日	年 月 日
支給(入所)の可否	可・否 (否とする理由)	支給(利用)期間	自 年 月 日 至 年 月 日
		□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型	
入所施設（事業者）名	□認定こども園(□連 □幼(□幼□保) □保(□保□幼) □地(□幼□保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)		
備考			