

子どものための教育・保育給付認定申請書(法第19条第1項第2号・第3号)

岩沼市長 殿

次のとおり、関係書類を添えて子どものための教育・保育給付に係る認定(法第19条第1項第2号・第3号)を申請します。

住所	〒 -		申請者氏名 (保護者氏名)	申請日 年 月 日	
連絡先電話番号	父 - -	母 - -	自宅	- -	
ふりがな	児童の生年月日		児童の性別	児童の障害者手帳等	
児童氏名	年 月 日		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は手帳名・等級等 <input type="checkbox"/> 無	
児童の個人番号					
利用を必要とする期間	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで				
利用を必要とする曜日・時間	平日	時 分 から	時 分まで	利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
	土曜	<input type="checkbox"/> 利用無 <input type="checkbox"/> 利用有		有の場合	時 分 から 時 分まで
企業主導型保育事業の地域枠の利用			<input type="checkbox"/> 有(利用予定施設名:)		

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部分)、小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業及び事業所内保育事業をいいます。

1 家族の状況 ※以下の欄には、認定の対象となる子どもと同居している家族全員について御記入ください。

児童との続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	保育の必要事由(父・母・同居親族) 又は通学通園施設名(子)	個人番号 (父・母・祖父母のみ記載)	障害者手帳等
父		年 月 日	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
母		年 月 日	<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"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日	<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 無し 通園通学施設名()		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日	<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 無し 通園通学施設名()		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日	<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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 無し 通園通学施設名()		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

保育の利用を必要とする事由について、添付している書類に相違ありません。

→ 慣らし保育期間終了後復職予定の場合 復職予定日: 年 月 日

年1月1日現在の住所地が上記と異なる場合	〒 -
父又は母がいない理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 (年 月 日頃から) → (離婚調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 保護開始 (年 月)
単身赴任	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 赴任先市町村() 開始日() 住民票 <input type="checkbox"/> 岩沼市 <input type="checkbox"/> 赴任先

※記載内容に誤りや虚偽があった場合、施設を利用できない場合があります。

同意書	教育・保育給付認定の申請に当たり、次の事項について同意します。	
	1 岩沼市が教育・保育給付認定に必要な市区町村民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、またその情報に基づき決定した利用者負担額について、保育所等に対して提示すること。	
	2 申請に記入されている事項又は記載されている者について、教育・保育の運営上で必要な情報が、保育所等に提供されること。	
	3 保育を必要とする事由、世帯構成等に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。	
	保護者氏名	
	※自署でない場合は、記名押印してください。	

【岩沼市記入欄(この枠内は記入しないでください)】			受付年月日
この用紙の受取者	認定の可否	可・否	年 月 日認定
認定区分 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	時間区分	標準・短	給付認定(利用)期間
生保適用 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	母子適用 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	在宅障害適用 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	支給認定証番号