

教育・保育給付認定申請書兼施設利用申込書

桶川市長

年 月 日

保護者氏名

次のとおり、教育・保育給付認定を申請します。

申請児童	ふりがな 氏 名		生年月日		保護者との続柄	
			年 月 日			
			個人番号			
児童の手帳等保持	有 ・ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 医師の診断書				
保護者 住所・連絡先	(住所)					(市記載欄) クラス 保育所名 認定区分
	(連絡先)					
保育の希望 の有無	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。）					
	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。）					

①世帯の状況

区分	ふりがな 氏 名	申請児童との続柄	生年月日	職業・学校 幼稚園・保育施設等	障害者手帳等の有無 (※1)	
申請児童の世帯員			年 月 日	就労先への通勤時間 片道 (分)	有 ・ 無	
		個人番号				
			年 月 日	就労先への通勤時間 片道 (分)	有 ・ 無	
		個人番号				
			年 月 日	就労先への通勤時間 片道 (分)	有 ・ 無	
		個人番号				
			年 月 日	就労先への通勤時間 片道 (分)	有 ・ 無	
		個人番号				
			年 月 日	就労先への通勤時間 片道 (分)	有 ・ 無	
		個人番号				
			年 月 日	就労先への通勤時間 片道 (分)	有 ・ 無	
		個人番号				
	家庭状況 (※2)		☐ ひとり親家庭 ☐ 単身赴任			
	生活保護 (※2)		適用有り (年 月 日保護開始)			

※1 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付、特別児童扶養手当・障害基礎年金の受給のいずれかの有無について記入してください。

※2 該当する場合に記入してください。

※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に記入してください。

保育の利用 を必要とす る理由	続柄	必要とする理由		備考
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 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） （ ）		
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 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） （ ）		
利用曜日の希望		利用時間の希望		
☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土		時 分から 時 分まで		
日曜・祝日の利用	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ※ 日曜・祝日の保育施設利用を希望する場合、別途、休日保育の申込みが必要となります。 また、週6日間の利用が上限となります。			

利用を希望する期間	(年 月 日) から (年 月 日 ・ 就学前) まで			
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名	見学	施設（事業者）名	見学
	第1希望	未・済	第1 1希望	未・済
	第2希望	未・済	第1 2希望	未・済
	第3希望	未・済	第1 3希望	未・済
	第4希望	未・済	第1 4希望	未・済
	第5希望	未・済	第1 5希望	未・済
	第6希望	未・済	第1 6希望	未・済
	第7希望	未・済	第1 7希望	未・済
	第8希望	未・済	第1 8希望	未・済
	第9希望	未・済	第1 9希望	未・済
	第10希望	未・済		

＊市記載欄

認定の可否	認定証番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
マイナンバー確認書類 (1) 番号確認 (□父 □母 □申請児 □きょうだい① □きょうだい② □祖父 □祖母 □その他) (2) □来庁者本人確認		