奈義町教育・保育給付認定申請書兼認定こども園等利用申請書

□新規　□変更　（□認定区分　□事由　□必要量　□その他）
□再交付　（□紛失　□汚破損）

申請年月日　令和　年　月　日

奈義町長 殿

保護者氏名（フリガナ）　（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

子ども・子育て支援法第２０条第１項の規定に基づき、次のとおり教育・保育給付を受ける資格を有することについて、認定及び認定こども園の利用を申請いたします。
なお、教育・保育給付認定に必要な市町村民税（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を関係機関へ照会・閲覧し、また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）申請者	フリガナ		住所	〒７０８－１３ 勝田郡奈義町		
	氏名					
連絡先（電話番号）　※連絡がとりやすい順に記入してください。						
①		父携帯 ・ 母携帯 父勤務先 ・ 母勤務先 自宅・その他（　）	②		父携帯 ・ 母携帯 父勤務先 ・母勤務先 自宅・その他（　）	③	父携帯 ・ 母携帯 父勤務先 ・母勤務先 自宅・その他（　）

児童	フリガナ		性別	□ 男 □ 女	生年月日	令和　年　月　日生	個人番号(マイナンバー)
	氏名						

教育・保育の希望

□ １号認定で教育標準時間（午前９時～午後１時30分）の利用を希望する。（下記事由は記載不要）

□ ２号又は３号認定で、次の事由により保育の利用を希望する。（事由を証明する書類を添付）

（事由）				
申請者	□ 就労 □ 妊娠出産 □ 疾病障害等 □ 介護看護 □ 災害復旧 □ 求職活動 □ 就学 □ その他（　）			
	具体的な状況（勤務日、勤務時間等）	勤務日等	勤務時間等	通勤時間
		月 火 水 木 金 土 日 （週　日）	時　分 ～ 時　分 （１日　時間　分 ／ 月間　時間）	片道　分
		育児休業期間(該当者のみ)	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	
配偶者	□ 就労 □ 妊娠出産 □ 疾病障害等 □ 介護看護 □ 災害復旧 □ 求職活動 □ 就学 □ その他（　）			
	具体的な状況（勤務日、勤務時間等）	勤務日等	勤務時間等	通勤時間
		月 火 水 木 金 土 日 （週　日）	時　分 ～ 時　分 （１日　時間　分 ／ 月間　時間）	片道　分
		育児休業期間(該当者のみ)	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	

利用希望期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで	保育短時間の希望	□ 希望する
利用希望曜日	□月 □火 □水 □木 □金 □土(家庭保育が困難な場合)		

申請児童以外の世帯員

	フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日	勤務先又は学校名	個人番号（マイナンバー）
1			SHR　年　月　日		
2			SHR　年　月　日		
3			SHR　年　月　日		
4			SHR　年　月　日		
5			SHR　年　月　日		
6			SHR　年　月　日		
7			SHR　年　月　日		

令和8年1月1日住民登録地	奈義町・奈義町以外	ひとり親家庭該当	有・無	生活保護受給	有（　年　月　日～）・無

※裏面もご記入ください※

現在の保育状況	□ 職場でみている ⇒　R　年　月　日から □ 自宅でみている ⇒　保育者名 ＿＿＿＿＿＿ □ 次のところに預けている ⇒　R　年　月　日から 施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ □ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
児童の健康状態	障害・発達の遅れ・難病	有　・　無	
	障害手帳	有　・　無	級
	療育手帳	有　・　無	**A ・ B**
	アレルギー	有　・　無	「有」の場合　・反応が出た時の症状 ＿＿＿＿＿＿ ・定期的な投薬　無　・　有（　　） ・食べ物の場合その種類 ＿＿＿＿＿＿
	健診 その他気になること	直近で受けた健康診断 ＿＿＿＿＿健診 その他 （　　）	

※以下、奈義町記入欄----------

認定区分	受付
□１号　□２号　□３号	
備考	