奈義町教育・保育給付認定申請書兼認定こども園利用申請書

□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

申請保護者を認定保護者とし、通知の送付や保育料納付義務者として登録します。
きょうだいで申請される場合、同じ保護者を記入してください。

保護者氏名（フリガナ：ナギ　タロウ）　奈義　太郎　（※）

（※）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２[illegible]規定により、下記のとおり教育、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[illegible]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[illegible]

奈義町へ転入予定の方は、現住所と転入予定の住所、転入予定日をご記入ください。

（保護者）申請者

フリガナ	ナギ　タロウ	住所	〒７０８－１３２３
氏名	奈義　太郎		勝田郡奈義町豊沢３０６番地１

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	②（父携帯・母携帯）	③（父勤務先・母勤務先）
＊＊＊-＊＊＊＊-＊＊＊＊	＊＊＊-＊＊＊＊-＊＊＊＊	＊＊＊＊-＊＊-＊＊＊＊
父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（　）	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（　）	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	ナギ　サトマル	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	奈義　さと丸					＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

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

混雑時ではなく通常時の時間をお書きください。

（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 □（　）

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 ５ 日）	８時３０分 ～ １７時１５分（１日 ７時間４５分 ／ 月間１６０時間）	片道 ３０ 分
	育児休業期間（該当者のみ）		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 （　）

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 ５ 日）	１０時００分 ～ １６時００分（１日 ５時間 ／ 月間１００時間）	片道 ２０ 分
	育児休業期間（該当者のみ）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	

申込は年度ごとに行いますので、令和9年度は最長で令和10年3月31日までです。

利用希望期間	令和 ９ 年 ４ 月 １ 日 ～ 令和 １０ 年 ３ 月 ３１ 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）		

保護者のいずれもが、月120時間以上の就労で保育標準時間に該当する場合において、保育短時間認定を希望される方はチェックをしてください。

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	ナギ　タロウ / 奈義　太郎	父	S・H・R ＊＊年＊月＊＊日	奈義会社	＊
2	ナギ　ハナコ / 奈義　花子	母	S・H・R ＊＊年＊＊月＊日	奈義商事	＊
3	ナギ　イチロウ / 奈義　一郎	兄	S・H・R ＊＊年＊月＊日	奈義小学校	＊
4			S・H・R 年 月 日		
5			S・H・R 年 月 日		
6			S・H・R 年 月 日		
7			S・H・R 年 月 日		

R9.4.1（年度途中入所の場合は利用希望日時点）の勤務先、学校名を記入してください。

奈義町以外に該当する方は、個人番号（マイナンバー）カードの写しを一緒に提出してください。（保護者のいずれかが奈義町以外の住所地の場合を含む。）

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※

<table>
<tr><td rowspan="1">現在の保育状況</td><td colspan="3">☐ 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　**8** 年　**4** 月　**1** 日から
施設名　**なぎっ子こども園**
☐ その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td rowspan="5">児童の健康状態</td><td>障害・発達の遅れ・難病</td><td>有　・　(無)</td><td></td></tr>
<tr><td>障害手帳</td><td>有　・　(無)</td><td>級</td></tr>
<tr><td>療育手帳</td><td>有　・　(無)</td><td>**A ・ B**</td></tr>
<tr><td>アレルギー</td><td>(有)　・　無</td><td>「有」の場合　・反応が出た時の症状　**湿疹が出る**
・定期的な投薬　(無)　・　有（　　）
・食べ物の場合その種類　**乳**</td></tr>
<tr><td>健診
その他気になること</td><td colspan="2">直近で受けた健康診断　**1歳6か月**　健診
その他
（　　）</td></tr>
</table>

※以下、奈義町記入欄----------

認定区分	受付
☐１号　☐２号　☐３号	
備考	