

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

フリガナ
保護者氏名 _____ (※)
(※) 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 申請者)	フリガナ		住所	〒708-13				
	氏名			勝田郡奈義町				
	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	生年月日	令和 年 月 日生	個人番号(マイナンバー)	
	氏名			☐ 女				
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							
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		S H R	年 月 日				
	2		S H R	年 月 日				
	3		S H R	年 月 日				
	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				
令和7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			