

教育・保育給付認定申請書

年 月 日

宇城市長（宇城市福祉事務所長）様

保護者氏名 _____ 印

※児童手当受給者。自署の場合は押印不要。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定申請をいたします。

申請児童	ふりがな 氏名	生年月日 ※年齢は R6.4.1 現在	
		年 月 日 (歳児)	
保護者 住所・連絡先	宇城市	自宅電話番号	
	※令和5年1月1日現在の住所	父携帯	
	<input type="checkbox"/> 宇城市内 <input type="checkbox"/> 宇城市外 ()	母携帯	

1 世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢 R6.4.1 現在	勤務先又は学校名等
児童の 世帯員 (同居人)		父	年 月 日	歳	
		母	年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
ひとり親世帯等の適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯)				
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日保護開始)				

2 利用を希望する期間・施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
利用する 施設（事業者）	施設（事業者）名	市町村名

3 保育の利用を必要とする理由等

続柄	理由	具体的な状況 (勤務先・勤務時間や疾病の状況等)
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他	

4 申請児童の情報

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 母（産休育休・求職中・その他） <input type="checkbox"/> 父（育休・求職中・その他） <input type="checkbox"/> 祖父母（父方・母方） <input type="checkbox"/> 施設（ ）
---------	---

5 個人情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な市民税の情報（同一世帯を含む。）及び世帯情報を閲覧すること並びに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。

保護者氏名 _____ 印

※児童手当受給者。自署の場合は押印不要。