

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書兼教育・保育施設等利用申請書

年 月 日

福島市長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。  
 保育施設等の利用を希望する場合は必要書類を添付の上、次のとおり申請します。

保護者 (申請者)	フリガナ					連絡先 父 母 ( )	-	-	申請に係る子どもの障害者手帳等の有無		
	氏名						-	-	有・無		
申請に係る 小学校 就学前 の子ども	フリガナ					生年月日		年齢		身体障害者手帳 ( )級	
	氏名					年 月 日		歳児クラス		療育手帳 (A・B)	
	性別	男・女	保護者 との続柄	子・( )	個人番号 (マイナンバー)					特別児童扶養手当証書 ( )級	
現住所		(〒 - )								( ) 方	
年1月1日 現在の住所										( ) 方	
希望 認定 区分	<input type="checkbox"/> 1号	希望 幼稚園名									
	<input type="checkbox"/> 2号 (満3歳～5歳)	希望保育 施設名	第1希望					第4希望			
			第2希望					第5希望		<input type="checkbox"/> 見学済	
	第3希望						第6希望		<input type="checkbox"/> 見学済		
<input type="checkbox"/> 3号 (0歳～2歳)									<input type="checkbox"/> 見学済		
保育の利用を 必要とする事由 (2号、3号希望のみ)		続柄	該当する事由に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。								
			<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )								
施設等の 利用希望期間		年 月 日から		施設等の 利用希望時間		時 分から		時 分まで		短・標準	

市が教育・保育給付認定等に必要な市町村民税の情報及び世帯情報を閲覧し、子どものための教育・保育給付等のため必要と認められる情報を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

児童の同居家族・生計を一にする家族の構成(上記児童除く)	フリガナ	児童との続柄	生年月日	性別	障害者手帳等の有無	勤務先や学校名、 保育所、幼稚園名など	児童との居住
	氏名	個人番号(マイナンバー)					
		父	・	男	有・無		同居・別居
		母	・	女	有・無		同居・別居
			・	男・女	有・無		同居・別居
			・	男・女	有・無		同居・別居
			・	男・女	有・無		同居・別居
			・	男・女	有・無		同居・別居

生活保護法適用の有無  無  有 ( 年 月 日開始)  申請中

ひとり親家庭及びそれに類する状況にある場合の理由  離婚  死別  未婚  その他( )

マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のチェックボックスに記入してください。  
 ※希望の場合は「DV・虐待等被害者に係る情報連携記録不開示申出書」の提出が必要となります。

※市記入欄	利用施設名	入所・退所日	新規・転所
本人確認	1. 提出者(申請者・申請者以外) ⇒ 申請者以外の場合、委任状の有無(有・無) 2. 申請者の個人番号確認(可・不可)、情報連携記録の開示について(希望する・希望しない) 3. 提出者の本人確認(個力・運免・保険・ ) (不可)	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	滞納 有・無 CW 保健師

