

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 有・無
	氏名							-	-	
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 療育手帳 (A・B) 特別児童扶養手当証書 ()級 精神障害者保健福祉手帳 ()級
	氏名						年 月 日		歳児クラス	
	性別	男・女	保護者 との続柄	子・()	個人番号 (マイナンバー)					
現住所		(〒 -)							() 方	
年1月1日 現在の住所									() 方	
希望 認定 区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1号	希望 幼稚園名						第4希望		
	<input type="checkbox"/> 2号 (満3歳～5歳)	希望保育 施設名	第1希望					<input type="checkbox"/> 見学済	第4希望	<input type="checkbox"/> 見学済
			第2希望					<input type="checkbox"/> 見学済	第5希望	<input type="checkbox"/> 見学済
	<input type="checkbox"/> 3号 (0歳～2歳)		第3希望					<input type="checkbox"/> 見学済	第6希望	<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☑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	年 月 日まで	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	
			・	男・女	有・無		同居 ・ 別居	
生活保護法適用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日開始) <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 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。							<input type="checkbox"/>	
※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・) (可・不可)			滞納 有・無
				CW 保健師

