

記入例：2・3号

教育・保育給付認定（変更）申請書兼保育の

黒色ボールペンで記入してください（消えるインクのボールペンは不可）。

また、修正時は二重線で消し、該当箇所に訂正印を押印してください（修正液、修正テープは不可）。

おいらせ町長 殿

- 施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧することがあります。
○記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
○施設型給付費・地域型保育給付費は、申請者に代わり利用する施設・事業者が受領します。
○翌年度4月利用開始の場合は、審査等に日時を要するため、支給認定証の交付については、当年度3月までに行います。
○申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、次のとおり申請・申し込みします。

支給認定証の交付を希望します。

申請日 令和6年11月18日

※支給認定証の交付を受けた場合、各種手続の際に提出する必要があります。

Form with fields for applicant (おいらせ たろう), child (おいらせ つぎお), and care utilization preferences (有/無).

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育所機能部分）及び地域型保育事業（小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育）をいいます。「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園（幼稚園機能部分）をいいます。

Form for desired facilities and periods, including fields for facility name (幼保連携型認定こども園), period (令和7年4月1日), and days (月, 火, 水, 木, 金, 土).

①申請児童と同居している者（別居の場合でも生計が同じである場合は記入してください。）

ふりがな 氏名		性別	申請児童 との続柄	生年月日	個人番号	備考欄
1	おいらせ つぎお 二雄		本人		111111111111	
2	おいらせ たろう 太郎	男	父	S59.1.1	222222222222	
3	おいらせ はなこ 花子	女	母	H2.1.2	333333333333	
4	おいらせ はじめ 一	男 女	兄	H27.4.3	444444444444	
5	おいらせ まちこ 町子	男 女	妹	R3.12.1	555555555555	
6	おいらせ はつお 初男	男 女	祖父	S30.5.1	666666666666	
7		男 女				
8		男 女				
9		男 女				
10		男 女				

（生計中心者の番号に○を付けてください）
申請児童の同居者

②申請児童の兄弟姉妹（就学前）の保育状況 ※利用開始希望日時点

就学前の兄弟姉妹	保育状況
<input type="checkbox"/> いない	
<input checked="" type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 申請児童と同じ施設を利用又は利用希望。 <input type="checkbox"/> 申請児童と違う施設を利用又は利用希望。⇒（施設名） <input type="checkbox"/> 親族、友人、その他が保育している。⇒（氏名） <input type="checkbox"/> 保護者が働きながら保育 ⇒（勤務先の保育施設等の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> その他 ⇒（

③祖父母の状況

		年齢 ※希望利用開始日時点	就労等の状況	住所（別居の場合は住所の市町村まで記入してください）
父方	祖父	69 歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（）
	祖母	歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（）
母方	祖父	60 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居（〇〇市）
	祖母	59 歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居（〇〇市）

④同居者の障がいの有無について

<input checked="" type="checkbox"/> 同居者に障がいがある者はいない	
<input type="checkbox"/> 申請児童に障がいがある※1	障がい名または症状
<input type="checkbox"/> 同居する者に障がいがある※1	①のNo. 障がい名または症状

同居する障がい者がいる場合は、障がいの程度を証明するものを添付すること。

※1 特別児童扶養手当受給対象者の場合も「障がいがある」となります。

⑤父母の状況（1世帯1枚 ※きょうだいで利用する場合は1枚のみ作成してください。）

		母親の状況		父親の状況		
<input checked="" type="checkbox"/> 就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働（自営業、農業を除く） <input checked="" type="checkbox"/> 自営業 【場所】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 【立場】 <input checked="" type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働（自営業、農業を除く） <input type="checkbox"/> 自営業 【場所】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 【立場】 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	勤務先	名称	ネイルサロン〇〇		国保おいらせ病院	
		所在地	おいらせ町向山3		おいらせ町上明堂1-1	
		電話	0178-56-4259		0178-52-3111	
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産		(出産予定日) 年 月 日		/		
<input type="checkbox"/> 育児休業		年 月 日から 年 月 日まで				
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい		(疾病・障がい名) (手帳の交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(疾病・障がい名) (手帳の交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 介護・看護		誰の介護・看護ですか ⇒ () 休暇取得 年 月 日から 年 月 日まで		誰の介護・看護ですか ⇒ () 休暇取得 年 月 日から 年 月 日まで		
<input type="checkbox"/> 災害復旧		内容 () 年 月 日から 年 月 日まで		内容 () 年 月 日から 年 月 日まで		
<input type="checkbox"/> 求職活動		求職申立書のとおり		求職申立書のとおり		
<input type="checkbox"/> 就学	学校名					
	就学の目的					
	期間	年 月 日まで		年 月 日まで		
	卒業後の予定	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 就労予定		<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 就労予定		
前年度1月1日時点の住所 ただし、4~8月入所の場合は前々年度の1月1日時点の住所		〇〇市〇〇1丁目1-1 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		
申請後の転居予定		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（転居先： ）（転居予定日： 年 月 日）				
生活保護		<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている ⇒ 年 月 日から				
ひとり親の場合の理由		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 調停・裁判中※証明するものを添付				

※保育が必要である（家庭で保育できない）ことを証明する書類の添付が必要です。