

教育・保育給付認定申請書兼特定教育・保育施設等利用申込書

年 月 日

色麻町長 様

保護者	行政区			
	住所		〒	
	氏名			
	電話番号	自宅		
		携帯	続柄	
		携帯	続柄	

次のとおり、教育・保育給付認定申請及び特定教育・保育施設等の利用について申込みます。

申込にあたり、町が教育・保育給付認定の決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及びその情報に基づき決定した利用者負担額並びに教育・保育給付認定申請書兼特定教育・保育施設等利用申込書の内容について、入園決定施設に対して提供することに同意します。

申込児童	氏名	生年月日	性別	現在申請中の兄弟姉妹
	(フリガナ)	年 月 日	男・女	有・無
住所	※保護者と異なる場合のみ記載			
保育の必要性	<input type="checkbox"/> 保育所、認定こども園(保育部門)、地域型保育施設で保育を希望する			
その他特記事項	無・有()			

①利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する曜日・時間	希望曜日	希望時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名	
	第1希望	希望理由
	第2希望	希望理由
	第3希望	希望理由

②世帯の状況(単身赴任等別居中の家族を含む)

区分	氏名	申込児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	備考
児童の世帯員	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
ひとり親・障害世帯等	非該当・該当(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無	非該当・該当(年 月 日保護開始)					

③保育の利用を必要とする事由等

※表面の「保育の必要性」欄で保育を希望している場合に、同居している下記の方について、保育の利用を必要とする事由の番号を記入して下さい。

保育の利用を必要とする事由	申込児童との続柄	番号	必要とする事由
	父		①就労 ②妊娠、出産【原則：産前2か月から産後2か月まで】 ③保護者の疾病・障害 ④親族の介護等 ⑤災害復旧 ⑥求職活動(起業準備を含む)【原則：3か月】 ⑦就学(職業訓練を含む) ⑧虐待やDVのおそれがあること ⑨育児休業取得中に、既に保育を利用している子どもがいて継続利用が必要であること ⑩その他()
	母		
	祖父		
	祖母		