

教育・保育給付認定申請書(2号・3号認定用)兼保育利用申込書
(保育児童台帳)

利用保育所 ※利用中の方のみ	
整理番号	

年 月 日

二宮町長 宛

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 教育・保育給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求められることがあります。
2. 当申請書に記載された事項について、特定・教育保育施設等に対して提供することがあります。
3. 提出書類の内容に虚偽があった場合は、教育・保育給付認定及び利用決定等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、教育・保育給付認定を申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 継続申請			
保 護 者	ふりがな		続柄	父・母 その他()
	氏名			
	連絡先①	- - 父携帯、母携帯、自宅、その他()	連絡先②	- - 父携帯、母携帯、自宅、その他()
	住所	中郡二宮町		
前住所 (年1月1日の住所)	<input type="checkbox"/> 二宮町 <input type="checkbox"/> 二宮町以外 → 市区町村名 []			

申 請 児 童	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年齢
	児童氏名				年 月 日	歳
	認定を希望する期間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 小学校入学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで			健康保険における扶養者 父・母・()	

利用を希望する時間	<input checked="" type="checkbox"/> 平日 時 分～ 時 分 / <input checked="" type="checkbox"/> 土曜 時 分～ 時 分	
利用希望区分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間)	
保育を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就 労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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()
	母	<input type="checkbox"/> 就 労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他()
生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用有り(年 月 日保護開始) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 適用なし	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等(※1) <input type="checkbox"/> 在宅障害者(児)(※2) <input type="checkbox"/> その他(※3)	
支給認定証の交付	<input type="checkbox"/> 希望する	

※1 「福祉医療証(ひとり親家庭等医療費助成制度による医療証)」「児童扶養手当証書」等、ひとり親家庭とわかる書類等をお持ちの場合は、その写しを添付してください。

※2 該当する場合は、身体障害者手帳等の写しを添付して下さい。

※3 「ひとり親家庭等」及び「在宅障害者(児)」に該当しない世帯は「その他」にチェックしてください。

裏面もご記入ください。

第2号様式(裏)

○「認定の対象となる子どもの世帯全員」について（父母及び同居している方全員を記入してください。）

申請児童の保護者及び同居者	(ふりがな) 世帯員氏名	子どもとの続柄	生年月日	年齢	障害者手帳等の有無	職業(勤め先) 学校等
		父	個人番号		□有	
			年 月 日	歳		
		母	個人番号		□有	
			年 月 日	歳		
		本人	個人番号		□有	
			年 月 日	歳		
			個人番号		□有	
			年 月 日	歳		
			個人番号		□有	
	年 月 日		歳			
		個人番号		□有		
		年 月 日	歳			
		個人番号		□有		
		年 月 日	歳			

○利用を希望する施設名及び希望理由について

※なるべく多くの希望園をご記入ください。希望園が少ない場合は、入所できない可能性があります。

利用を希望する施設名	第1希望	希望理由
	第2希望	希望理由
	第3希望	希望理由
	第4希望	希望理由
	第5希望	希望理由
	第6希望	希望理由

○摘要欄(特記事項等ありましたらご記入ください)

--

※備考欄(町使用欄)

--