

十和田市福祉事務所長 様

窓口に提出する人を記入  
(児童の父母以外の場合は委任  
状が必要)

●●年●●月●●日

申請者 十和田 太郎

教育・保育給付認定（変更認定）申請書（兼児童台帳）

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。

また、教育・保育給付認定及び利用者負担額の決定のために必要な資料を市が確認することに同意します。

また、支給認定審査の結果について、4月からの新規利用・継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日を超えて結果の通知を受け取ることに同意します。

新規入所 ・ 継続入所 ・ 変更				
継続の場合、現在利用している施設名				
申請に係る小学校入学前子ども	氏 名	生年月日	性別	続柄
	(フリガナ) トワダ フクシ 十和田 福志	令和●●年●●月●●日	男 女	子
	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
保護者 住所・氏名・ 生年月日・ 電話番号・	(住所) 十和田市西二十一番町6番1号 (氏名) 十和田 太郎 (生年月日) 平成●●年●●月●●日 (電話番号) 090-●●●●●-●●●●●			
保育の希望の有 無(注)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。） <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）			
(注) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育及び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（教育部分）をいいます。				
① 保育を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は、記入してください。				
続柄	保育を必要とする理由			
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況等）、その他の内容を記入			
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況等）、その他の内容を記入			

裏面への記載もお願いします。

②申請子どもの情報					
障害手帳の情報	無 <input checked="" type="radio"/> 有 (身体障害手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)				
アレルギーの情報	無 <input checked="" type="radio"/> 有 (そば、卵)				
その他特記事項	無 <input checked="" type="radio"/> 有 ( )				忘れずに手帳や受給者証の写しを提出
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           家族に障害手帳を持っている方がいればチェック         </div>					
③世帯の状況					
ひとり親世帯等の有無	非該当 <input checked="" type="radio"/> 該当 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <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 <input checked="" type="radio"/> 該当 ( 年 月 日保護開始 )				
申請子どもと同居している者	氏名	生年月日	児童との続柄	勤務先又は学校名等	個人番号
	(フリガナ) トワダ タロウ +和田 太郎	平成●●年 ●月●日	父	(株)●●商事	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	(フリガナ) トワダ ハナコ +和田 花子	平成●●年 ●月●日	母	△△産業(有)	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	(フリガナ) トワダ タモツ +和田 保	昭和●●年 ●月●日	祖父	農業	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	(フリガナ) トワダ イクミ +和田 育美	平成●●年 ●月●日	姉	◎◎小学校	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	(フリガナ)	世帯分離世帯を含む同居している方全員を記入			
	(フリガナ)	年 月 日			
(フリガナ)	年 月 日				

### 申請子どもと別居している家族がいる場合

別居家族	(フリガナ) トワダ ソノコ +和田 園子	平成●●年 ●月●日	姉	☆☆大学	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	(フリガナ)	年 月 日			
	(フリガナ)	年 月 日			

大学生等の別居している家族も記入