

教育・保育給付認定申請書

(宛先) 潟上市長

【申請にあたって同意していただく事項】

・教育・保育給付認定に必要な世帯員全員（生計を一にする世帯員以外の者も含む。）の住民登録状況、福祉制度の受給状況及び住民税の課税状況を閲覧し、及び調査すること。また、その情報及び決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に提供すること。

・保育所等の利用調整又は利用者負担額の算定に必要な場合において、個人番号を用いて地方税関係情報を取得すること。

・本申請書及び添付書類について、特定教育・保育施設等に提供すること。

以上のことに同意し教育・保育給付認定、教育・保育施設等利用を申請します。

申請日	令和〇年 〇月 〇日
申請者（保護者氏名）	潟上 一郎

申請子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな) かたがみ さくら 潟上 さくら	令 〇年 4月 5日 (〇歳)	男 ・ 女	有 ・ 無
マイナンバー	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	※市記入欄 クラス： 歳児		
保護者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 潟上市天王字棒沼台〇〇			
連絡先	母 090-0000-0000	父 090-0000-0000	その他(祖母) 090-0000-0000	
保育の希望の有無(※1)	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、 <u>保育所等</u> において保育の利用を希望する場合 →①～④を記入してください。		
	無	<u>幼稚園等</u> の利用を希望する場合 →①及び④に必要事項を記入してください。		

※1「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、事業所内保育をいいます。（以下同じ）
「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

①教育・保育の利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	令和9年 4月 1日 から 令和10年 3月 31日まで	
利用を希望する施設名(事業者)・希望理由	第1希望	〇〇こども園 (希望理由) 勤務地から近いため
	第2希望	△△こども園 (希望理由) 送迎に便利のため
	第3希望	□□保育園 (希望理由) 自宅から近いため

②保育の利用を必要とする理由等（保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	☒ 就労(※2) ☐ 就学 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 妊娠・出産 ☐ 求職活動 ☐ その他	
	母	☒ 就労(※2) ☐ 就学 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 妊娠・出産 ☐ 求職活動 ☐ その他	
	希望する利用区分	☒ 標準時間（1日最大11時間までの利用） ☐ 短時間（1日最大8時間までの利用）	

※2 育児休業取得後に入園する場合は就労にチェック（☒）をしてください。

③児童2人以上が同時に申請をされる方は、次の希望する□にチェック（☒）をしてください。

1	同園優先	2	同園のみ（同じ園でなければ希望しない）
☒	兄弟姉妹で同じ園への入園を優先するが、調整ができない場合は別々の園や1人のみ入園も可	☐	兄弟姉妹共に同じ園への入園のみ可

④家庭の状況（本人は除き、世帯分離を含みます。）

申請子どもの同居家族（申請子ども以外）	ふりがな・氏名 マイナンバー		児童との続柄	生年月日 (年齢)	勤務先・通学(園)先等	障害者・療育手帳の有無	
	(ふりがな) かたがみ いちろう		父	昭 ・平・令 63 年 6 月 3 日 (〇 歳)	株式会社〇〇	有・ 無	
	潟上 一郎						
	マイナンバー 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
	(ふりがな) かたがみ はなこ		母	昭 ・ 平 ・令 2 年 5 月 5 日 (〇 歳)	△△園芸	有・ 無	
	潟上 花子						
	マイナンバー 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2						
	(ふりがな) かたがみ かえで		妹	昭 ・平・ 令 5 年 5 月 10 日 (〇 歳)	〇〇こども園 (申請中)	有・ 無	
	潟上 楓						
	マイナンバー 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4						
	(ふりがな) かたがみ たろう		祖父	昭 ・平・令 33 年 3 月 3 日 (〇 歳)	無職	有・ 無	
	潟上 太郎						
マイナンバー 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5							
(ふりがな) かたがみ たつこ		祖母	昭 ・平・令 35 年 3 月 5 日 (〇 歳)	無職	有・ 無		
潟上 辰子							
マイナンバー 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6							
(ふりがな)			昭・平・令 年 月 日 (歳)		有・無		
マイナンバー							
(ふりがな)							
			昭・平・令 年 月 日 (歳)		有・無		
マイナンバー							
該当有無 (該当するものに○)		ひとり親世帯	有・ 無	在宅障害者世帯※3	有 ・無	生活保護受給	有・ 無

※3：同世帯に障害者・療育手帳保持者がいる方→手帳の写しを添付してください。

☐支給認定証の交付を申請する
注：教育・保育給付認定結果は全員に通知しますが、別途支給認定証の交付が必要な場合はチェックしてください。（必要な方のみ）

*施設記入欄（施設（事業者）を経由して潟上市に提出する場合）		受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名			
連絡先	(電話番号)		

*市記入欄		受付年月日	年 月 日
マイナンバー	・保護者の本人確認 ☐ 個人番号カード ☐ 免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他		
	・全員の番号確認 ☐ 済		
認定区分	1号・2号・3号	標準・短	認定期間 年 月 日から 年 月 日まで