

教育・保育給付認定申請書 (施設型給付費・地域型保育給付費等)

年 月 日

南相馬市長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る認定を申請します。また、申請に当たり市が施設型給付費・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、及び収集したマイナンバーを、子ども・子育て支援法による子どものための教育・保育給付の支給認定に関する事務で使用することに同意します。

保護者 (申請者)	ふりがな		令和3年・令和4年1月1日時点の住民登録地		連絡先	父	
	氏名		令和3年	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()		母	
申請に係る 小学校 就学前の 子ども	ふりがな		性別	障害者手帳等の有無(あてはまるものにチェック)			
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書	
	生年月日	平成・令和 年 月 日	令和4年4月1日 時点の年齢	第何子	個人番号(マイナンバー)		
住民登録している住所	〒	—	住所				
現住所(住民登録している住所と異なる場合)	〒	—	住所				
施設の利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 又は 小学校就学前まで						
希望認定区分	幼稚園・認定こども園(幼稚園として利用)を第1希望とする						
	<input type="checkbox"/> 1号認定	希望する施設					
	保育園・認定こども園(保育園として利用)・小規模保育施設を第1希望とする						
	<input type="checkbox"/> 2号認定(3歳~5歳)	<input type="checkbox"/> 3号認定(0歳~2歳)	第一希望施設	第二希望施設	第三希望施設		
保育の利用を必要とする事由(2号、3号認定を希望する場合のみ)	続柄	事由(あてはまるものにチェック)					
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> その他					
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> その他					

児童の同居家族・生計を一にする家族の構成 (上記で申請する児童を除く)	ふりがな	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先や学校名、幼稚園名、保育園名など	児童との居住(住民登録が市外の場合()に地名を記入)	障害者手帳等の有無
	氏名		個人番号(マイナンバー)				
		父	明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
		母	明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
			明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
			明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
			明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
			明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
			明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
			明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 ()	有・無
生活保護法適用の有無				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日開始) <input type="checkbox"/> 申請中			
ひとり親家庭及びそれに類する状況にある場合の理由				<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他()			

幼稚園利用希望の方は、裏面の記入は不要です。保育施設利用希望の方は、裏面まで記入してください。

※市記入欄	No.	受付日	年 月 日	基準指数	調整指数
-------	-----	-----	-------	------	------

		父	母
就労状況	勤務先		
	勤務地 住所	<input type="checkbox"/> 居宅外 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 単身赴任 (住所)	<input type="checkbox"/> 居宅外 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 単身赴任 (住所)
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他()
	雇用期間	年 月 日 から	年 月 日 から
	業務内容		
	育児休業 取得	無・有 年 月 日から 年 月 日まで	無・有 年 月 日から 年 月 日まで
本人の疾病・障害	疾病	傷病名 ()	傷病名 ()
		入院期間 (年 月から 年 月)	入院期間 (年 月から 年 月)
		通院回数(年間・月間・週間 回)	通院回数(年間・月間・週間 回)
		1回当たりの診察時間 (時間 分)	1回当たりの診察時間 (時間 分)
	障害者 手帳	身体障害者手帳 () 級	身体障害者手帳 () 級
		療育手帳 (A・B)	療育手帳 (A・B)
精神障害者保健福祉手帳 () 級		精神障害者保健福祉手帳 () 級	
他人の介護等	対象者	氏名 () 児童との続柄 ()	氏名 () 児童との続柄 ()
	症状	傷病名 ()	傷病名 ()
		障害者手帳 (身障・療育・精神 級)	障害者手帳 (身障・療育・精神 級)
		介護認定 (要介護・要支援)	介護認定 (要介護・要支援)
	状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 在宅
		<input type="checkbox"/> 通院・通所・通学 (常時付添・週 回付添)	<input type="checkbox"/> 通院・通所・通学 (常時付添・週 回付添)
1回当たりの付添時間 (時間 分)		1回当たりの付添時間 (時間 分)	
就学	就学先		
	卒業予定	年 月 日	年 月 日
	卒業後	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他
出産	出産(予定日)		年 月 日
	産後		<input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 育児休業(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 求職活動

	父方祖父	父方祖母	母方祖父	母方祖母
氏名				
児童との 同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市内) <input type="checkbox"/> 別居(市外) <input type="checkbox"/> 不存在	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市内) <input type="checkbox"/> 別居(市外) <input type="checkbox"/> 不存在	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市内) <input type="checkbox"/> 別居(市外) <input type="checkbox"/> 不存在	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市内) <input type="checkbox"/> 別居(市外) <input type="checkbox"/> 不存在
就労	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
就労先				
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病()

kyouiku Hoiku Kyuufu Nintei Shinseisho
教育・保育給付認定申請書

(Facility-Type Benefits/Regional Childcare Benefits, Etc.)

Reiwa Year Month Day

Mayor of Minamisoma

The application for facility-type benefits and regional childcare benefits is as follows. In addition, I agree to allow the collected information below to be used for clerical work regarding the authorization of payment for education and childcare benefits for children under the Child Care Support Act.

Guardian (Applicant)	Furigana					Registered Address as of Jan. 1st, 2021 and 2022.	Contact	Father					
	Full Name							2021 <input type="checkbox"/> Within city <input type="checkbox"/> Other ()	Mother				
Information regarding child in question.	Furigana					Gender	Disability Certificate Holder Y/N (Circle which applies.)						
	Full Name					M / F	Y / N	Physical Disability Rehabilitation	Special Child Support Allowance Mental Illness				
	Birthdate	Heisei	Year	Month	Day	Age as of April 1st, 2022		Years	Individual Number (My Number)				
Registered Address		〒											
Current Address (If different from registered address.)		〒											
Desired Admission Period		Reiwa	Year	Month	Day	TO	Year	Month	Day	OR until they start elementary school.			
Request Confirmation	First Choice Kindergarten/Certified Children's Facility (Used as a kindergarten.)												
	<input type="checkbox"/> Number 1					Desired Facility							
	First Choice Preschool/Certified Children's Facility (Used as a kindergarten.)/Small Childcare Facility												
<input type="checkbox"/> No. 2 (3 - 5 years old)	<input type="checkbox"/> No. 3 (0 - 2 years old)	First Choice		Second Choice			Third Choice						
Reason required for needing preschool. (If you chose option 2 or 3).	Relation	Reason (Circle which applies.)											
		1. Work 2. Pregnancy/Childbirth 3. Sickness/Disability 4. Nursing Care 5. Disaster Recovery 6. Job Seeking 7. School 8. Abuse/Domestic Violence 9. Other											

Child's Family Member Information and Livelihoods (Not including child who is being admitted.)	Furigana Full Name	Relation to child	Birthdate	Sex	Name of Employment/School/Kindergarten/Preschool/Etc.	Residence of Family Member (If outside the city please write where in ().)	Disability Certificate Holder Y/N
			Individual Number (My Number)				
			Meiji / Taisho / Showa / Heisei / Reiwa Y M D			SAME / SEPARATE ()	Y / N
			Meiji / Taisho / Showa / Heisei / Reiwa Y M D			SAME / SEPARATE ()	Y / N
			Meiji / Taisho / Showa / Heisei / Reiwa Y M D			SAME / SEPARATE ()	Y / N
			Meiji / Taisho / Showa / Heisei / Reiwa Y M D			SAME / SEPARATE ()	Y / N
			Meiji / Taisho / Showa / Heisei / Reiwa Y M D			SAME / SEPARATE ()	Y / N
			Meiji / Taisho / Showa / Heisei / Reiwa Y M D			SAME / SEPARATE ()	Y / N
			Meiji / Taisho / Showa / Heisei / Reiwa Y M D			SAME / SEPARATE ()	Y / N
Public Assistance Act (生活保健法) Applies Y/N					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (Start from Y M D) <input type="checkbox"/> Currently Applying		
Reason for single parent/guardian household or similar situation					<input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Unmarried <input type="checkbox"/> Other ()		

If you are applying for kindergarten, you do not need to fill out the next page (back). If you are applying for preschool, please fill out the next page (back).

		Father				Mother						
Employment Status	Employer											
	Address	<input type="checkbox"/> Not In-Home <input type="checkbox"/> In-Home <input type="checkbox"/> Transfer/Posted away from home				<input type="checkbox"/> Not In-Home <input type="checkbox"/> In-Home <input type="checkbox"/> Transfer/Posted away from home						
		(Address)				(Address)						
	Position	<input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> Full-Time <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Other ()				<input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> Full-Time <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Other ()						
D.O.E	From	Year	Month	Day	From	Year	Month	Day				
Job												
	Taking Maternity/Paternity Leave	N / Y	From	Year	Month	Day	To	Year	Month	Day		
Parents Medical/Disability Info	Condition	()				Condition ()						
	Hospitalization	(From	Year	Month	To	Year	Month	To	Year	Month)		
	How often you commute to hospital	(Yearly / Monthly / Weekly	Times)					How often you commute to hospital (Yearly / Monthly / Weekly	Times)
	Average Appointment Length	(Hours	Minutes)					Average Appointment Length (Hours	Minutes)
	Disability Certificate	Physical Disability Certificate	Level ()				Physical Disability Certificate				Level ()	
		Rehabilitation Certificate	(A / B)				Rehabilitation Certificate				(A / B)	
Mental Illness Certificate		Level ()				Mental Illness Certificate				Level ()		
Target	Name () Relation to Child ()				Name () Relation to Child ()							
Others in care, etc.	Condition	()				Condition ()						
	Disability Certificate	(Physical / Rehabilitation / Mental Level)				Disability Certificate (Physical / Rehabilitation / Mental Level)						
	Required Care	(Nursing / Support)				Required Care (Nursing / Support)						
	Status	<input type="checkbox"/> Hospitalized <input type="checkbox"/> At Home				<input type="checkbox"/> Hospitalized <input type="checkbox"/> At Home						
		<input type="checkbox"/> Helping with commute to: hospital / welfare facility / school (x a week)				<input type="checkbox"/> Helping with commute to: hospital / welfare facility / school (x a week)						
		Average time spent assisting during a day (Hours Minutes)				Average time spent assisting during a day (Hours Minutes)						
School Info	School											
	Grad Date	Year	Month	Day	Year	Month	Day					
	Post Grad	<input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Job Seeking <input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Job Seeking <input type="checkbox"/> Other						
Childbirth	Delivery Date (Expected Date)					Year Month Day						
	Post Delivery	<input type="checkbox"/> Resume Working <input type="checkbox"/> Maternity Leave (Until Y M D)				<input type="checkbox"/> Job Seeking						

	Paternal Grandfather	Paternal Grandmother	Maternal Grandfather	Maternal Grandmother
Full Name				
Living with child or living separately	<input type="checkbox"/> SAME <input type="checkbox"/> SEPARATE (in city) <input type="checkbox"/> SEPARATE (Outside) <input type="checkbox"/> ABSENT	<input type="checkbox"/> SAME <input type="checkbox"/> SEPARATE (in city) <input type="checkbox"/> SEPARATE (Outside) <input type="checkbox"/> ABSENT	<input type="checkbox"/> SAME <input type="checkbox"/> SEPARATE (in city) <input type="checkbox"/> SEPARATE (Outside) <input type="checkbox"/> ABSENT	<input type="checkbox"/> SAME <input type="checkbox"/> SEPARATE (in city) <input type="checkbox"/> SEPARATE (Outside) <input type="checkbox"/> ABSENT
Employed Y/N	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Occupation				
Health Status	<input type="checkbox"/> HEALTHY <input type="checkbox"/> CONDITION ()	<input type="checkbox"/> HEALTHY <input type="checkbox"/> CONDITION ()	<input type="checkbox"/> HEALTHY <input type="checkbox"/> CONDITION ()	<input type="checkbox"/> HEALTHY <input type="checkbox"/> CONDITION ()