

# 教育・保育給付認定申請書

令和 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7年・8年1月1日時点の住民登録地	連絡先	父	
	氏名		令和7年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ( ) 令和8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○)		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身体障害者手帳・特別児童扶養手当認定通知書 療育手帳・精神障害者保健福祉手帳	
	生年月日	令和 年 月 日	令和8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	〒					
現住所(住民登録して いる住所と異なる場合)	〒					
施設の利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日まで または 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○)				
		1.就労 2.妊娠・出産 3.疾病・障がい 4.介護・看護 5.災害復旧 6.求職活動 7.就学 8.虐待やDV 9.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	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					
			大・昭・平・令 年 月 日		同居 ・ 別居 ( )	有・無
			大・昭・平・令 年 月 日		同居 ・ 別居 ( )	有・無
			大・昭・平・令 年 月 日		同居 ・ 別居 ( )	有・無
			大・昭・平・令 年 月 日		同居 ・ 別居 ( )	有・無
			大・昭・平・令 年 月 日		同居 ・ 別居 ( )	有・無
			大・昭・平・令 年 月 日		同居 ・ 別居 ( )	有・無
			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	<input type="checkbox"/> 居宅外 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 単身赴任	<input type="checkbox"/> 居宅外 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 単身赴任
	住所	(住所)	(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	〒
		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

■祖父母の状況について記載してください。

	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			
就労先				
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病 ( )			