

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)

令和7年度

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に使用することに同意します。

Application form containing fields for guardian information, applicant details, child information, residence, and facility preferences.

Table for listing family members (children and parents) with columns for name, birth date, ID number, residence, and disability status.

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。

Summary table with columns: 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()