

多賀城市施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定申請書（企業主導型）

多賀城市長 殿

子ども・子育て支援法（以下「法」という。）第20条第1項の規定に基づき、次のとおり、関係書類を添えて教育・保育給付認定の認定について申請をします。

住所	〒		申請者氏名 (保護者氏名)	申請日	令和	年	月	日		
連絡先	父	-	-	母	-	-	自宅	-		
児童氏名 (個人番号)	生年月日		平成・令和	年	月	日生	性別	男・女		
利用施設名	認定を受けようとする区分			<input type="checkbox"/> 3号 (満3歳未満児) <input type="checkbox"/> 2号 (満3歳以上児)						
入所希望期間	令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	まで
<input type="checkbox"/> 小学校就学前										

<同居家族の状況>

続柄	ふりがな氏名	生年月日(年齢)	保育の必要事由等	個人番号	障害者手帳等	市外在住
父	T・S H・R 年 月 日生(歳)			<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> R2.1.1 <input type="checkbox"/> R3.1.1
母	T・S H・R 年 月 日生(歳)			<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> R2.1.1 <input type="checkbox"/> R3.1.1
	T・S H・R 年 月 日生(歳)			<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> R2.1.1 <input type="checkbox"/> R3.1.1
	T・S H・R 年 月 日生(歳)			<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> R2.1.1 <input type="checkbox"/> R3.1.1
	T・S H・R 年 月 日生(歳)			<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> R2.1.1 <input type="checkbox"/> R3.1.1
	T・S H・R 年 月 日生(歳)			<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> R2.1.1 <input type="checkbox"/> R3.1.1

* 実際の同居家族を記載してください（世帯分離をしている祖父母や住民票のない同居人等も記載）。

* 該当する方は次に記入してください。

父または母がいない理由	<input type="checkbox"/> 離婚(年 月) <input type="checkbox"/> 死別(年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居(年 月 日頃から) ⇒ (離婚調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
生活保護法の適用	生活保護担当者名() 保護開始(年 月)

<児童の健康状態>

これまでまたは現在かかっている病気等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他())
	有の場合 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 小児ぜんそく <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎()型 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> その他()
発達遅延・障害等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疑い) <input type="checkbox"/> 経過観察中 有・経過観察中の場合 別紙の提出をお願いします。
アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:) 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)

<保育を必要とする事由>

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()
同居の祖父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()	同居の祖母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()

裏面も忘れずにご記入ください。

<教育・保育給付認定>

利用時間区分の希望	<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用（11 時間まで）		<input type="checkbox"/> 保育短時間利用（8 時間まで）		
保育所利用希望時間	平日	時	分から	時	分まで
	土曜	<input type="checkbox"/> 利用無	<input type="checkbox"/> 利用有	<input type="checkbox"/> 有の場合	時 分から 時 分まで

※利用時間区分は、保護者の就労時間等を基に市が決定するため、希望した利用時間と異なる場合があります。また、求職活動中、育児休業中の保護者は保育短時間の認定になります。

同意書	<p>教育・保育給付認定の申請に当たり、次の事項について同意します。</p> <p>1 申請に記入されている事項（個人番号を含む。）又は記載されている者について、利用調整及び教育・保育の運営上で必要な情報が、施設・事業者提供されること。</p> <p>2 保育を必要とする事由、世帯構成等に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 _____</p>
	<p>委任状</p> <p>教育・保育給付認定の申請に当たり、(受任者氏名) _____ に対して申請行為を委任します。</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 _____</p>

* この申請書に記載された内容が事実と相違した場合、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。