

教育・保育給付認定申請書（1号認定）

申請日 年 月 日

牛久市長 様

申請者 _____

- ・子ども・子育て支援法（以下「法」という。）第30条の3において準用する同法第16条の規定により、施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定の審査及び支給に関する情報として、申請者や同居世帯員の課税情報及び住民基本台帳を閲覧すること、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供（マイナンバーを用いた情報連携を含む。）を求めることがあります。
- ・決定した利用者負担額、副食費徴収免除に関する事項を、子ども・子育て支援法施行規則第7条に基づき特定教育・保育施設等に対して通知します。
- ・教育・保育の運営上必要と認められる申請書類の情報を、特定教育・保育施設等に提供することがあります。
- ・認定開始希望月が4月の場合、認定事務が集中し審査等に時間を要することから、法第20条第6項及び第30条の5第5項の規定により認定の審査結果は利用開始希望日までにお知らせします。

上記について同意のうえ、次のとおり教育・保育給付認定を申請します。

利用希望施設		利用開始希望日		年 月 日		
フリガナ		生年月日		性別	障害者手帳等の有無	
申請子ども氏名		年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有（種 級（度）） <input type="checkbox"/> 無	
個人番号（マイナンバー）						
保護者1（申請者）			保護者2			
			（保護者1と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居）			
申請子どもとの続柄		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	申請子どもとの続柄		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
フリガナ			フリガナ			
氏名			氏名			
個人番号（マイナンバー）			個人番号（マイナンバー）			
生年月日		年 月 日	生年月日		年 月 日	
住民登録地 （年1月1日時点）		<input type="checkbox"/> 牛久市 <input type="checkbox"/> 牛久市外（市区町村名： ）	住民登録地 （年1月1日時点）		<input type="checkbox"/> 牛久市 <input type="checkbox"/> 牛久市外（市区町村名： ）	
連絡先		- -	連絡先		- -	
保護者1住所		〒				
保護者2住所（保護者1と別居の場合のみ記入）		〒				
申請子どもと保護者以外の同居（世帯分離を含む）世帯員。生計同一の別居家族は別居欄に記入。						
同居	フリガナ		申請子どもとの続柄	生年月日	性別	該当する項目に☑ （利用開始希望日時点）
	氏名					
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 小学校1～3年生 <input type="checkbox"/> 幼稚園・企業主導型保育利用 <input type="checkbox"/> 発達支援施設等への通所
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 小学校1～3年生 <input type="checkbox"/> 幼稚園・企業主導型保育利用 <input type="checkbox"/> 発達支援施設等への通所
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 小学校1～3年生 <input type="checkbox"/> 幼稚園・企業主導型保育利用 <input type="checkbox"/> 発達支援施設等への通所
別居				年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 小学校1～3年生 <input type="checkbox"/> 幼稚園・企業主導型保育利用 <input type="checkbox"/> 発達支援施設等への通所
						別居住所
世帯状況	生活保護適用の有無		<input type="checkbox"/> 有（年 月 日保護開始）			<input type="checkbox"/> 無
	障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有（氏名： ）（種 級（度））			<input type="checkbox"/> 無
	ひとり親家庭		■時期： 年 月から ■理由： <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

※上記世帯員で父母以外の方が家計の主宰者となる場合には、その方の個人番号（マイナンバー）を氏名欄に記入してください。

※障害者手帳等：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者福祉手帳、特別児童扶養手当証書、障害基礎年金の年金証書