

子どものための教育・保育給付認定・**変更**申請書兼特定教育・保育施設等利用申込書

(あて先)松江市長

子ども・子育て支援法第20条第1項(第23条第1項)の規定に基づき、次のとおり教育・保育給付に係る認定(の変更の認定)を申請します。
また、特定教育・保育施設等の利用を次のとおり申し込みます。
なお、申請子どもの保護者、扶養者及び同居者は、申請に当たっての同意事項にいずれも同意していることを確約します。

【申請に当たっての同意事項】

- 教育・保育給付に関して必要となる市町村民税課税状況、世帯状況及び扶養状況(以下「課税状況等」という。)の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 特定教育・保育施設等に対して、当該特定教育・保育施設等が必要とする個人情報(課税状況等を含む。)を提供します。
- 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

1. 基本情報

(保 護 者)	フリガナ			現住所	〒				
	氏名	印		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒				
※自署の場合は押印不要です。 日中の連絡先(電話番号)※確実に連絡の取れる順に記入してください。									
①		②		③					
<input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> ()					
申 請 子 ども	フリガナ			生年月日	平成 年 月 日	現況			
	氏名			□出産予定日	□施設在籍() □家庭保育				
	性別	男・女	兄弟姉妹の状況	無・有	生計を一にする兄弟姉妹のうち	□第1子 □第2子 □第3子以降	障害者手帳の有無	無・有	
	健康状態	慢性疾患、障がい、発達遅滞等により通院又は相談している病院等		無・有	病名又は症状	治療中・経過観察			
		アレルギー症状の有無	無・有	アレルギーの種類	ショック症状の発症歴			無・有	
保育を必要とする事由	服薬介助の要否	否・要	医療的ケアの要否	否・要	医療的ケアの内容				
父の状況	該当する事由に☑を付けてください。その他の場合は事由を記入してください。								
母の状況	□就労 □疾病・障がい □同居親族の常時介護 □同居親族の常時看護 □災害復旧 □求職活動 □就学 □職業訓練 □育児休業中の継続利用 □その他()								
生活保護の適用	無・有・申請中	ひとり親世帯の該当性	無・有	死別・離婚・未婚・離婚調停中・その他()					
前年度(令和4年)1月1日現在の住所地	父			母					
前々年度(令和3年)1月1日現在の住所地	父			母					

2. 利用を希望する特定教育・保育施設等及び期間

①希望する保育所等	兄弟姉妹同時に申込みをする場合(許容可能な内容の番号に○)		備考
第1希望	同一施設のみ入所可能(同保同時)		1
第2希望	別々の施設に入所も可能	同月入所希望(別保同時)	2
第3希望		希望順位を優先	3
第4希望		希望順位を優先	4
第5希望	兄弟姉妹のうち1人でも入所可能(別保順次)	同一施設に入所を優先	5
②希望する幼稚園等	※保育所等の入所と幼稚園(幼稚園部門)の入園を同時に申し込む場合は、①希望する保育所等の欄及び②希望する幼稚園等の欄のいずれにも希望する幼稚園(幼稚園部門)の名称を記入してください。 ※認定こども園の入園を申し込む場合は、保育所機能又は幼稚園機能のいずれかを選択することとなります。保育を必要とする事由がある場合は、原則として保育所機能を選択してください。		
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から	□ 就学前まで □ 令和 年 月 日 まで	

3. 世帯及び家庭の状況(申請子ども以外を記入してください。)

申請子どもの中心者の番号に○)	フリガナ氏名	申請子どもとの続柄	生年月日	就労・通学・通園先又は単身赴任先	障害者手帳の有無	
	1		父	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		無・有
	2		母	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		無・有
	3			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		無・有
	4			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		無・有
	5			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		無・有
	6			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		無・有

祖母の状況	項目	フリガナ氏名	居住状況	住所	就労状況等
	父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明	<input type="checkbox"/> 松江市 町・丁目 <input type="checkbox"/> 市外()	<input type="checkbox"/> 就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) <input type="checkbox"/> 疾病・介護等() <input type="checkbox"/> 就労していない
	父	大正・昭和 年 月 日			
	母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明	<input type="checkbox"/> 松江市 町・丁目 <input type="checkbox"/> 市外()	<input type="checkbox"/> 就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) <input type="checkbox"/> 疾病・介護等() <input type="checkbox"/> 就労していない
	母	大正・昭和 年 月 日			
	父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明	<input type="checkbox"/> 松江市 町・丁目 <input type="checkbox"/> 市外()	<input type="checkbox"/> 就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) <input type="checkbox"/> 疾病・介護等() <input type="checkbox"/> 就労していない
	父	大正・昭和 年 月 日			
母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明	<input type="checkbox"/> 松江市 町・丁目 <input type="checkbox"/> 市外()	<input type="checkbox"/> 就労等(月160H以上・月120H以上・月48H以上) <input type="checkbox"/> 疾病・介護等() <input type="checkbox"/> 就労していない	
母	大正・昭和 年 月 日				

4. 個人番号(マイナンバー)

申請子どもの個人番号	
父の個人番号	
母の個人番号	

申請子どもの扶養者(加入医療保険の被保険者)が父母以外の場合は、当該扶養者の個人番号を記入してください。

扶養者	フリガナ氏名	申請子どもとの続柄
	住所	
	個人番号	

申請者は、個人番号関係事務実施者として個人番号を提供する義務があります。申請時に個人番号を証明する書類及び本人確認書類を必ず提示してください。

- 個人番号を証明する書類の例
 - ①個人番号カード ②個人番号入りの住民票の写し ③個人番号入りの住民票記載事項証明書 ④通知カード
 - ※通知カードについては、記載された氏名、住所等が住民票に記載されている事項と一致している場合に限る。
- 本人確認書類の例
 - ①個人番号カード ②運転免許証など官公署が発行する顔写真付きの証明書

松江市記入欄	受付	空き枠	希望数	ひとり親