

令和 年 月 日

市記入欄

(あて先) 枚方市長

本申請を行う保護者	現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	氏名(自署)		
	電話	自宅 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 携帯(父) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 携帯(母) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

認定の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 事由： <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 認定期間： R 年 月 日 ~ R 年 月 日 認定日： 年 月 日 個人番号確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 番号確認書類： カード・通知・住民票 本人確認書類： 免許書・他()	受付
--	----

次のとおり、教育・保育給付認定を申請します。
 本教育・保育給付認定に係る利用者負担額(0~2歳児のみ)は、私が支払います。また、市が決定した教育・保育給付認定の内容及び利用者負担額、副食費徴収における必要情報を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

① 申請の対象となる児童

対象児童	(フリガナ)		個人番号	性別
	氏名		生年月日	
	フリガナ			男・女
	氏名		平・令 年 月 日	
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から		<input type="checkbox"/> 小学校就学 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで	
心身の発達上、集団での保育に配慮が必要である、または、医療的ケアが必要である。 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する				

② 世帯の状況(兼 税情報等の提供に係る同意)

父、母、兄弟姉妹、祖父母等の生計を一にする人全員(対象児童は除く)について、教育・保育給付認定や利用者負担額の決定、副食費徴収に係る事務等を行うため、担当職員が公簿等により市町村民税情報及び世帯情報等を閲覧することを同意のうえ記入します。

(フリガナ) 氏名	児童との続柄	個人番号 生年月日	性別	職業(会社名)又は学校名等 同居していない場合は居住地
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	
フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日	男女	

当てはまるものに○を付けてください。 ※ありに○がある場合は別途確認書類の提出を依頼することがあります。

ひとり親世帯の該当	なし ・ あり 【 離婚・死別・離婚調停中・DV・その他() 】 【 児童扶養手当受給： なし ・ あり ・ 手続中 】
在宅障害児(者)の有無	なし ・ あり(※各種障がい手帳の写しを添付) ・ 手続中
生活保護適用	なし ・ あり(年 月 日保護開始 ※生活保護受給証明書を添付) ・ 手続中)

③ 市町村民税賦課期日現在の住民票の状況

本年1月1日に住民票があった自治体	枚方市 /	都・道・府・県	市・区・町・村
昨年1月1日に住民票があった自治体 (本年と同じであれば記入不要)	枚方市 /	都・道・府・県	市・区・町・村

④ 現在の保育の状況

該当するものに○	自宅保育中・育児休業中・一時預かり(保育園)
	幼稚園利用中(幼稚園)
	認可外施設(企業主導型・職場の託児所含む)利用中(施設名:)
	日中祖父母宅で保育・その他()

⑤ 保育を必要とする事由

父及び母等について、【別表】を参照し、該当する項目すべてに☑を付けてください。

児童から見た続柄	保育認定の事由
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他()
※	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他()
※	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他()

※65歳未満の同居の祖父母がいる場合は祖父母についても記入してください。

【別表】 保育の必要性の認定事由

就 労	1か月当たり実働64時間以上の就労をしていること。(居宅外自営を含む)居宅内での自営、月2万円以上の収入がある内職をしていること(内職は労働申告書提出時に1か月以上の収入実績が必要です)。
妊 娠・出 産	妊娠に伴う心身の不調等により家庭での保育が困難であること。または、出産予定日の6週間(多胎妊娠の場合は14週)の前日が属する月の初日から、出産後8週間が経過する日の翌日が属する月の末日までであること。
保護者の疾病・障害	保護者が疾病、負傷、または障害を有していること。
同居親族の介護・看護	長期にわたる疾病、または障害を有する同居の親族を常時介護していること。
求職活動	求職活動(起業準備を含む)を継続的に行っていること。
就 学	1か月当たり64時間以上就学していること。
災害復旧	震災、風水害、火災その他の災害の復旧に当たっていること(ただし、保護者自身が被災した場合に限る)。
その他	上記に類する状態にあると認められる場合

⑥ 保育の利用を希望する時間・曜日

希望する時間	時 分 ~ 時 分	(補足事項等があれば記入してください。)
希望する曜日 (希望する曜日を○で囲んでください。)	月・火・水・木・金・土	

<備考>

※4月利用開始の場合は認定事務が年度末に集中するため、結果の送付時期が新年度になる場合があります。