

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"/> 携帯(父) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 携帯(母) <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: 免許証・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	氏名	生年月日	生年月日	
	フリガナ 氏名				男・女
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	

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)

