

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 | 〒 573-9999 枚方市●●●●町●丁目1-1 | ・この欄に記入する保護者は、生計中心者としてください。 ・この欄に記入する保護者が、保育料の支払い等を行う納付義務者となります。 ・この欄に記入する保護者が子ども子育て支援法における教育・保育給付認定保護者となります。 ・自署(または記名・押印)をお願いします。 |
| | 氏名(自署) | 枚方 親太郎 | |
| | 電話 | 自宅 072-841-●●●● (1) 携帯(父) 080-888-●●●● (2) 携帯(母) 090-999-●●●● (3) | |

市から連絡する際の順位について希望がある場合は、記入してください。

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) 氏名 | フリガナ ヒラカタ コタロウ | 個人番号 生年月日 | ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲ | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | 枚方 子太郎 | 平・令 ●●年 ●月 ●●日 | | | |
| 利用を希望する期間 | 令和●●年 ●●月 ●●日 から | <input checked="" 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 checked="" 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 ヒラカタ オヤタロウ 枚方 親太郎 | 父 | 昭平・令 ●●年 ●●月 ●●日 | 男 | ●●株式会社 |
| フリガナ ヒラカタ ハナコ 枚方 花子 | 母 | 昭 | 女 | |
| フリガナ ヒラカタ イチロウ 枚方 一郎 | 兄 | 昭 | | |
| フリガナ ヒラカタ カスミ 枚方 一美 | 姉 | 昭 | | |
| フリガナ ヒラカタ タモツ 枚方 保 | 祖父 | 昭 | | |
| フリガナ ヒラカタ イクコ 枚方 育子 | 祖母 | 昭 | | |
| フリガナ 氏名 | | | | |
| フリガナ 氏名 | | 昭・平・令 年 月 | | |

マイナンバーを記入する場合は、同じ住所に住んでいる人全員の個人番号カード(写真付)をお持ちください。マイナンバーカード(写真付)をお持ちでない場合は、次の「①番号確認書類」及び「②本人確認書類」の両方をお持ちください。

①番号確認書類【マイナンバーを提供される方全員】 いずれか1点
 ・通知カード
 ・マイナンバーが記載された住民票の写し(原本)

②本人確認書類【窓口に来られる方】 次のAより1点、または、Bより2点
 A ・運転免許証 ・運転経歴証明書
 ・パスポート ・身体障害者手帳
 ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳
 ・在留カード ・特別永住者証明書 等
 B ・健康保険証 ・年金手帳
 ・児童扶養手当証書 ・特別児童扶養手当証書 等

「世帯の状況」の欄は、申請対象児童本人以外の申請対象児童の両親及び同じ住所に住んでいる親族等の全員について、氏名や生年月日、職業、学校名や保育所名等を記入してください。また、この項目は、税情報等の提供に同意のうえご記入ください。

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

| | | |
|-------------|--|-------------------------------|
| ひとり親世帯の該当 | <input checked="" type="radio"/> なし ・ あり | 【離婚・死別・離婚調停中 【児童扶養手当受給: なし |
| 在宅障害児(者)の有無 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 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○ | 自宅で保育中 | 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 | | | | |
|----------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 父 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 災害 | <input type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 |
| 母 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 災害 | <input type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 |
| * 祖父 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 災害 | <input type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 |
| * 祖母 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 災害 | <input checked="" type="checkbox"/> 保護者の障害 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 |

※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週間前(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 | 8時 30分 ~ 17時 30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。