

# 子どものための教育・保育給付認定申請書兼保育園等入園申込書

磐田市長

磐田市福祉事務所長 宛

以下のとおり、子どものための教育・保育給付認定の認定申請及び保育園等の申込みをします。

併せて、支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）、世帯情報を閲覧すること及び、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。

※幼稚園・認定こども園（幼稚園部）を希望する場合は、希望園名を第1希望の施設名欄にご記入ください。

申請 児童	現住所	〒 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 磐田市		丁目	番地	号	
	(アパート・マンション名)						
	個人番号	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日
	フリガナ					性別	4/1時点年齢
氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 歳	

入園 希望 について	施設コード	コード	施設名	希望理由
	第1希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第2希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第3希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第4希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第5希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
期間	令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日 ~ 令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日			
曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		時間	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ~ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
必要量	<input type="checkbox"/> 標準時間（最長11時間）希望 <input type="checkbox"/> 短時間（最長8時間）希望			

・保護者登録者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）
・連絡先優先者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）

父	フリガナ						
	氏名	<input type="checkbox"/> 母子家庭により不在					
	個人番号	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日
	別居している場合の住所		<input type="text"/>				
	令和4年1月1日現在の住所		<input type="text"/>				
連絡先(ハイフンは入れず、左詰めで記載してください)							

母	フリガナ						
	氏名	<input type="checkbox"/> 父子家庭により不在					
	個人番号	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日
	別居している場合の住所		<input type="text"/>				
	令和4年1月1日現在の住所		<input type="text"/>				
連絡先(ハイフンは入れず、左詰めで記載してください)							

申請児童以外の児童	児童との続柄	フリガナ 氏名	生年月日	4/1時点年齢	コード	学校名等	生計関係
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 無

世帯状況	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	開始年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	ひとり親家庭の適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	開始年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			理由	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 調停 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 服役
	障害世帯の適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳保持者名	児童との続柄

父方祖父 <input type="checkbox"/> 不在	フリガナ 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	4/1時点年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 県外			
	就労	時 分 ~ 時 分 実働 時間 <input type="checkbox"/> 無就労			
	その他				

父方祖母 <input type="checkbox"/> 不在	フリガナ 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	4/1時点年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 県外			
	就労	時 分 ~ 時 分 実働 時間 <input type="checkbox"/> 無就労			
	その他				

母方祖父 <input type="checkbox"/> 不在	フリガナ 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	4/1時点年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 県外			
	就労	時 分 ~ 時 分 実働 時間 <input type="checkbox"/> 無就労			
	その他				

母方祖母 <input type="checkbox"/> 不在	フリガナ 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	4/1時点年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 県外			
	就労	時 分 ~ 時 分 実働 時間 <input type="checkbox"/> 無就労			
	その他				

※磐田市記入欄（ここから下の欄は記入しないでください。）

受領日	令和	年	月	日	受付番号				
子					父				母
父基本	母基本	調整点1	調整点2	調整点3	調整点4	利用終了日	年	月	日
1	2	3	4	5	6	きょうだい	歳	歳	歳