

児童手当の受給者の名前を記入してください。

令和 2 年 10 月 12 日

(保護者氏名)

静岡県榛原郡吉田町長

様

吉田 太郎

印

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日 個人番号	性別	障害者手帳 の有無
	よしだ よし 吉田 よし	平成30年5月10日生 0101010101010101	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 吉田町住吉87-1 吉田アパート101 (連絡先) 090-●×●×-●×●× (父携帯・母携帯・自宅・その他())			
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望の 有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む。) 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。)			

(※) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ。)
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④

①世帯の状況

令和3年4月1日現在の状況で記入してください。

区分	(ふりがな) 氏 名	子どもとの続柄	生年月日	性別	事業所名	有無
	保護者のみ個人番号					
子どもの世帯員	よしだ たろう 吉田 太郎 012345678910	父	平成1年5月6日生	男・女	(株)○▲ 牧之原支店	有(無)
	よしだ はなこ 吉田 花子 098765432109	母	平成3年9月30日生	男・女	株式会社△▲	有(無)
	よしだ みか 吉田 美花	姉	平成23年4月29日生	男・女	吉田町立 住吉小学校	有(無)
	よしだ たいち 吉田 太一	兄	平成27年8月10日生	男・女	さくら保育園	有(無)
	よしだ よし 吉田 よし	本人	平成30年5月10日生	男・女		有(無)
	よしだ いちろう 吉田 一郎	祖父	昭和34年7月17日生	男・女	自営業 〇〇工務店	有(無)
				年 月 日生	男・女	
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用有り (保護開始) ・ 申請中					
ひとり親世帯の有無	<input checked="" type="radio"/> 非該当 ・ 該当 (□離婚・□未婚・□死別・□離婚調停中・□その他)					

②利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

利用希望期間	令和 3 年 4 月 1 日 から 令和 4 年 3 月 3 1 日 まで		
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由		事業所番号*
	第1希望	さくら保育園 (理由) 兄弟が通園しているため	
	第2希望	さゆり保育園 (理由) 自宅に近いため	
	第3希望	わかば保育園 (理由) 通勤経路にあるため	
	第4希望	すみれ保育園 (理由) 職場が近いため	

*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)) (株)〇▲牧之原支店 月20日程度勤務 8:30~17:15	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況)) 株式会社△▲ 月20日程度勤務 9:00~15:00	勤務時間+通勤時間で記入してください。
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月・火・水・木・金・土	8時15分から16時15分まで	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

吉田町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な、住民基本台帳、市町村民税の情報(同一世帯者を含む。)、福祉情報及び生活保護法による被保護世帯に関する情報を閲覧すること、また、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。

教育・保育給付認定の結果について、4月からの新規・継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中し審査に時間を要することから、30日を超えて結果の通知を受けることに同意します。

保護者氏名 **吉田 太郎** (印)

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が吉田町ではない世帯員の有無 (有 ・ 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

吉田太郎(父) 鳥田市△△〇〇番地の〇

「有」の場合、令和2年1月1日時点の住所をご記入ください。

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)	年 月 日 認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)	[<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]	自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
[<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)]		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	