

(施設受付印)

## 教育・保育給付認定申請書

申請年月日

令和7年11月1日

記入日を書いてください

水俣市長 様

特定教育・保育施設の利用に関し、次のとおり認定申請します。

また、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な住民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、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。

保護者 住所・ 連絡先	氏名 (ふりがな) みなまた たろう 水俣 太郎	電話番号 0966-61-1660			
	〒 867-8555				
	住所 水俣市陣内1丁目1番1号 【昼間の連絡先】携帯電話 (父 母) 090-〇〇〇〇-××××				
申込に係る 小学校 就学前子 ども	氏名 (ふりがな) みなまた じろう 水俣 次郎	続柄 子	性別 男・女	生年月日 令和2年4月2日	年齢(入所年度の4月1日時点) 5歳
	認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
申請する 認定区分	<input type="checkbox"/> ア 子ども・子育て支援法第19条 1号認定 (例:幼稚園・認定こども園の教育時間) 標準時間: 4時間				
	<input type="checkbox"/> イ 幼稚園・認定こども園の保育時間 標準時間: 11時間 短時間: 8時間				

・「イ」に☑を付けた場合は裏面まで、「ア」に☑を付けた場合は表面のみ必要事項を記入してください。

## ① 世帯の状況(申請日時点の児童以外すべての同一世帯員を記入ください。)

※両親(父及び母)の一方又は扶養している兄弟姉妹が別居の場合、住民票上別世帯であっても必ず記入してください。

※住民票上別世帯であっても、同居している場合は記入してください。

区分	ふりがな 氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先又は 学校名等	課税の 有無	障がいの 有無
児童の 世帯員	みなまた たろう 水俣 太郎	父	M-T S-H ▲▲年○月○日	男・女	〇〇商事(株)	有・無	有・無
	みなまた はなこ 水俣 花子	母	M-T S-H ▲▲年○月○日	男・女	□□病院	有・無	有・無
	みなまた いちろう 水俣 一郎	兄	M-T S-H ▲▲年○月○日	男・女	▲▲中学校	有・無	有・無
	みなまた まつこ 水俣 松子	姉	M-T S-H ▲▲年○月○日	男・女	○×小学校	有・無	有・無
	みなまた さぶろう 水俣 三郎	祖父	M-T S-H ▲▲年○月○日	男・女	農業	有・無	有・無
	みなまた うめこ 水俣 梅子	祖母	M-T S-H ▲▲年○月○日	男・女	農業	有・無	有・無
			M-T S-H 年 月 日	男・女		有・無	有・無
保育料軽減 対象の 確認	1 ひとり親世帯(母子・父子世帯) 2 在宅障がい者(児)のいる世帯…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写しを提出してください。保育料軽減の対象となる場合があります。						

マイナンバー(社会保障・税番号制度に基づく個人番号)を記入してください。

保護者	111111111111	申込みに係る児童	333333333333
配偶者	222222222222	(家計の主宰者)	

# 保育所入所・保育の必要性の認定 に関する申込書

水俣市福祉事務所 様

(氏名)	水俣 次郎
------	-------

の、保育所への入所  
保育の必要性の認定 に関する

1号認定：裏面記入不要  
2・3号認定：裏面要記入  
1号+新2号認定：裏面要記入

## ②保育の利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	〇〇こども園	理由	自宅から距離が近い
	第2希望	〇〇保育園	理由	自宅から距離が近い
利用を希望する期間		令和8年4月1日から 令和9年3月31日まで		
利用希望曜日・時間		月・火・水・木・金・土 〇：〇〇から▲▲：▲▲まで (※標準時間 短時間)		

○希望期間・曜日・時間は、保育の利用を必要とする理由等の実情に合わせて記入してください。  
※標準時間は1日11時間までの利用、短時間は1日8時間までの利用となります。

## ③保育の利用を必要とする理由等

入所年度の4.1～3.31のうち入所を希望する期間をご記入ください

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由				
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 求職活動(就労予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他				
		勤務先電話	0966-〇〇-XXXX			
		雇用形態	常勤・パート等・自営業・内職・その他( )			
		勤務時間	8時 30分 ～ 17時 30分			
		月平均勤務日数	20日	定休日	月・火・水・木・金・土・日・不定休	
		育児休業中(予定)の場合	年 月 日～ 年 月 日			
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 求職活動(就労予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他				
		勤務先電話	0966-▲▲-XXXX			
		雇用形態	常勤・パート等・自営業・内職・その他( )			
		勤務時間	9時 30分 ～ 16時 00分			
		月平均勤務日数	20日	定休日	月・火・水・木・金・土・日・不定休	
育児休業中(予定)の場合		年 月 日～ 年 月 日				

祖父母の状況	氏名		住所	電話	同居・別居・死別
	父方	祖父			同居・別居・死別
		祖母			同居・別居・死別
	母方	祖父			同居・別居・死別
		祖母	鹿児島 桜子	鹿児島県〇〇市××町〇〇番地	0996-▲▲-□□□□

## ④優先利用事由情報

該当項目があればチェックをつけてください

<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹同時利用
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯(就労が自立支援に繋がる場合)	<input type="checkbox"/> 障がい児	<input type="checkbox"/> 小規模保育等卒園時
<input type="checkbox"/> 生計中心者の失業	<input type="checkbox"/> 育児休業明け	<input type="checkbox"/> その他市長が定める理由

## ⑤特記事項

健康状態	食物アレルギー等【無・有( )】 その他気になること【 】
入所児童の発育状況等	身体障害者手帳【無・有(種 級・申請中)】 療育手帳【無・有(A1・A2・B1・B2・申請中)】 その他気になること【 】

(市受付印)