

教育・保育給付認定申請書（2号・3号用）

郡山市長

次のとおり申請します。

なお、市長が教育・保育給付認定に必要な世帯員の市町村民税に関する情報を利用することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ	
保護者氏名	⑩
生年月日	昭和 年 月 日 平成

住所	〒			電話番号	
				父	- -
				母	- -
※児童の住所が保護者と異なる場合					
申請児童	フリガナ			個人番号 (マイナンバー)	
	氏名				
	生年月日	平成・令和	年 月 日	年(月) 齢	歳 か月
	保護者との続柄			郡山市認可保育施設の利用状況	<input type="checkbox"/> 利用歴あり(一時保育除く) <input type="checkbox"/> なし(新規利用)
	兄弟姉妹における順番	_____人きょうだいの_____番目		小学校就学未満の兄弟の有無	<input type="checkbox"/> あり(_____人) <input type="checkbox"/> なし

【世帯の状況】申請児童を除き、父母及び同居している全ての方を記入ください

フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	個人番号 (マイナンバー)	勤務先又は学校名等	児童との居住
	父	昭和 年 月 日 平成				同居 別居
	母	昭和 年 月 日 平成				同居 別居
		昭和 年 月 日 平成 令和				
		昭和 年 月 日 平成 令和				
		昭和 年 月 日 平成 令和				
		昭和 年 月 日 平成 令和				

※住民票と居住地が異なる場合、転居予定の場合	住民票： _____ 居住地・転居予定地： _____
生活保護等の適用状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(_____年 月 日開始)
児童及び同居家族の障害者手帳等の有無及び種類※	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(氏名 _____) 種類 _____

※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者福祉手帳、特別児童扶養手当、障害基礎年金、要介護認定等を受けている場合

【希望する施設利用時間区分】

区分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(1日11時間まで)	※利用時間区分は保護者の就労時間・状況等に基づき最終的に郡山市が決定するため、希望と異なる場合がありますのであらかじめご了承ください。
	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(1日8時間まで)	

※市記入欄

<input type="checkbox"/> 標準
<input type="checkbox"/> 短時間

【保育が必要な期間】

開始日	<input type="checkbox"/> 利用開始希望日と同じ <input type="checkbox"/> その他(令和 年 月 日)
終了日	<input type="checkbox"/> 就学の前月の末日 <input type="checkbox"/> その他(令和 年 月 日)

年 月 日	父 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> ()
年 月 日	母 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> ()

裏面(2枚目)へ続く

【保育の利用を必要とする理由等】

父親の状況	1 就労等 2 学業等 3 求職中	名称等	家庭内・家庭外 → 所在地		
		内容等	年 月から勤務(予定) (学業の場合 年 月卒業予定)		
		時間	月・週 日勤務	時 分 ~	時 分
	4 不在	年 月から 1 離婚 2 死亡 3 別居 4 行方不明 5 未婚 6 その他()			
	5 疾病 6 障がい 7 看護等	傷病者名	()歳 父親との続柄()身障・療育手帳 有(級)・無		
	傷病名	病院名等	年 月から入院・通院(週 日)		
	傷病者状況	(病床)1日中・時々 (身の回り)可・不可	看護等の場合	家庭内・家庭外 週 日・ 時間	
母親の状況	1 就労等 2 学業等 3 求職中	名称等	家庭内・家庭外 → 所在地		
		内容等	年 月から勤務(予定) (学業の場合 年 月卒業予定)		
		時間	月・週 日勤務	時 分 ~	時 分
	4 不在	年 月から 1 離婚 2 死亡 3 別居 4 行方不明 5 未婚 6 その他()			
	5 出産	年 月 日 予定・出産 病院名()			
	6 疾病 7 障がい 8 看護等	傷病者名	()歳 母親との続柄()身障・療育手帳 有(級)・無		
	傷病名	病院名等	年 月から入院・通院(週 日)		
	傷病者状況	(病床)1日中・時々 (身の回り)可・不可	看護等の場合	家庭内・家庭外 週 日・ 時間	
祖父母の状況	父方	祖父	(住所)	同居・別居	1 就労 2 無職 3 疾病等 4 死亡 5 その他 (具体的に記入)
			(氏名・年齢)	()歳	
	母方	祖母	(住所)	同居・別居	1 就労 2 無職 3 疾病等 4 死亡 5 その他 (具体的に記入)
			(氏名・年齢)	()歳	
	父方	祖父	(住所)	同居・別居	1 就労 2 無職 3 疾病等 4 死亡 5 その他 (具体的に記入)
			(氏名・年齢)	()歳	
	母方	祖母	(住所)	同居・別居	1 就労 2 無職 3 疾病等 4 死亡 5 その他 (具体的に記入)
			(氏名・年齢)	()歳	
児童の保育状況	1 保育施設() 2 育児休業中又は家族が仕事を休んで保育(令和 年 月 日復帰予定) 3 同伴就労 4 親族保育(同居・別居) 5 父・母 6 その他()				

【申請書提出者】

氏名	児童との続柄 ()	住所	<input type="checkbox"/> 児童と同じ ※児童と別住所の場合は住所を記入
----	------------	----	---

番号確認、本人確認		備考	受付者	受付日
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()			令和 年 月 日
				受付場所