

子どものための教育・保育給付認定申請書

令和 年 月 日

泉大津市長様

保 護 者	現住所	
	氏名	
	電話	自宅 携帯(父) 携帯(母)

次のとおり、教育・保育給付に係る認定を申請します。

申請の対象となる児童	氏名(フリガナ) (フリガナ)	生年月日 令和 年 月 日
		個人番号
利用を希望する期間	令和 年 月 日から (就学前 ・ 令和 年 月 日) まで	
利用を希望する施設	3歳以上で幼稚園(認定こども園幼稚園部)と保育所(認定こども園保育園部)の併願有無 なし ・ あり 併願施設名	

① 世帯の状況 ※申請対象児童と同じ住所に住んでいる人全員について記入してください。

氏名(フリガナ)	対象児童との続柄	生年月日	職業(会社名)又は学校名等
(フリガナ)	父	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号	□□□□□□□□□□	
(フリガナ)	母	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号	□□□□□□□□□□	
(フリガナ)		昭・平・令 年 月 日	
	個人番号	□□□□□□□□□□	
(フリガナ)		昭・平・令 年 月 日	
	個人番号	□□□□□□□□□□	
(フリガナ)		昭・平・令 年 月 日	
	個人番号	□□□□□□□□□□	
世帯の状況	ひとり親世帯・左記以外	生活保護適用	なし・あり (年 月 日保護開始)

②保育の利用を必要とする理由

対象児童との続柄	保育の利用を必要とする理由					
	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動
	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動
	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> その他()		
(具体的な理由を記入してください。)						
利用を希望する時間	曜日から	曜日まで	時	分から	時	分まで

③税情報等の提供、個人番号の取得及び利用に当たっての同意欄

泉大津市が教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(①世帯の状況欄記載者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、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。また、泉大津市が教育・保育給付認定に必要な個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項)①世帯の状況欄記載者を含む)を取得すること及び取得した個人番号を利用するに同意します。

保護者氏名