

記入例

※申請書右側の児童台帳も併せて
ご記入ください。

受 付

教育・保育給付認定申請書

記名押印

人吉市長 様

保護者氏名

人吉 太郎

人吉

印

個人番号

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る小 学校就学前子 ども	氏 名 (ふりがな) 人吉 二郎	生年月日 平成 令和 **年**月**日	性別 男・女	障害者手帳の有無 有(〇〇手帳)・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 人吉市麓町16番地 (連絡先) ☎ (自宅) 0966-**-**** ☎ (携帯) ***-**-****	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳 等をお持ちの場合は手帳名をご記入ください。		
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			
個人番号	*****			
保育の有無	☒ 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)			

書類の不
備等あっ
た場合に
連絡がと
れる電話
番号を記
入してく
ださい。

申請する子どもの個人
番号(マイナンバー)
を記入(12桁)

世帯員全員の個人番号(マイナ
ンバー)を記入(12桁)

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との 続柄	生年月日 個人番号	性別	職 業 または 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員	人吉 太郎	父	S **, **, ** *****	男・女	□□□株式会社	有・無	同居家族のなかに 身体障害者手帳ま たは療育手帳を 持っている方(申 込児童含む)がい る場合は手帳の写 しをご提出くださ い。
	人吉 鮎子	母	H **, **, ** *****	男・女	◎◎◎病院	有・無	
	人吉 花子	姉	H **, **, ** *****	男・女	△△△小学校	有・無	
	人吉 ウメ	祖母	S **, **, ** *****	男・女	農業	有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	非該当・該当 (年 月 日保護開始)						
ひとり親世帯等の有無	非該当・該当 (□ひとり親世帯等						

申込児童以外で同居している方
全員の名前を記入してください。
(世帯を分けている場合でも同
居扱いとなります。)

小学校入学までの期間の範囲内で、入所希望期間を
記入してください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 2年 4月 1日 から 令和 8年 3月 31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	〇〇〇 保育園 (希望理由) 姉が以前入所しており、保育内 容がわかるため	
	第2希望	△△△ こども園 (希望理由) 自宅から近いため	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。*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。
○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

(表面)

③保育の利用
※保護者の労働

保育希望が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由であてはまるものについて、保護者ごとにチェックを入れ、それを証明できる書類を提出してください。

保育の利用を必要とする具体的な状況（父、母の勤務状況等）をご記入ください。

保育の利用を必要とする理由	父		☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 育児休業 ☐ 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）） ☐ ☐ ☐ 株式会社△△支店に勤務、月曜日～金曜日、8:30～17:30							
	母		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 育児休業 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 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）） ☒ ☒ ☒ 病院に勤務、月曜日～土曜日のうち週5日勤務、8:00～17:15 ただし、夜勤等有							
	希望する利用曜日		利用時間							
	☐ 日曜 ☐ 月曜 ☐ 火曜 ☐ 水曜 ☐ 木曜 ☐ 金曜 ☐ 土曜		8:00 から 18:00 まで							
祖父母の状況	父方	祖父	同居・別居 ☒ いない	町	年齢	歳	仕事	有・無	健康状態	良好・入通院・その他（ ）
		祖母	☒ 同居 ☐ 別居 ☐ いない	麓町	70歳	☒ 有 ☐ 無	☒ 良好 ☐ 入通院・その他（ ）			
	母方	祖父	同居 ☐ 別居 ☒ いない	熊本市中央区	75歳	☐ 有 ☒ 無	良好 ☒ 入通院・その他（ ）			
		祖母	同居 ☐ 別居 ☒ いない	熊本市中央区	60歳	☐ 有 ☒ 無	良好 ☒ 入通院・その他（ ）			

保育を希望する利用曜日にチェックを入れ、利用時間をご記入ください。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

人吉市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）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。

保護者氏名（父） 人吉 太郎

人吉 印

保護者氏名（母） 人吉 鮎子

鮎子 印

⑤個人番号の取得及び利用に当たっての同意欄

人吉市が施設型給付費・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）（同一世帯者を含む）を取得すること及び取得した個人番号を利用することに同意します。

記名押印

保護者氏名（父） 人吉 太郎

人吉 印

保護者氏名（母） 人吉 鮎子

鮎子 印

*市町村記載欄

受付年月日			
教育・保育給付認定の可否		認定者番号	教育・保育給付認定区分等
可・否 （否とする理由）			☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 （ ☐ 標 ☐ 短）
教育・保育給付（入所）の可否		教育・保育給付（利用）期間	
可・否 （否とする理由）		自 至	
☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型			
入所施設（事業者）名			
（ ☐ 認定こども園（ ☐ 連（ ☐ 幼 ☐ 保） ☐ 幼（ ☐ 幼 ☐ 保） ☐ 保（ ☐ 幼 ☐ 保） ☐ 地（ ☐ 幼 ☐ 保）） ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型（ ☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事）			
備考			

*施設記載欄（施設（事業所）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日			
施設（事業者）名			
担当者氏名		（担当者）	
連絡先		（連絡先）	
入所契約（内定）の有無		有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ 無	
備考			