

第1号様式（第3条関係）

子どものための教育・保育給付認定申請書

年 月 日

清須市長 様

保護者 氏名

(自署の場合、押印不要)

次のとおり、子どものための教育・保育給付の認定を申請します。

また、給付認定、保育料等の決定に必要な市民税等の課税情報その他必要な世帯情報を閲覧し、及び調査することに同意します。併せて、当該申請に記載された事項、その他の情報に基づき決定した利用者負担額（保育料）について、施設に対し提供することに同意します。

子どもの情報

氏名	生年月日（西暦）	年齢	性別	障害者手帳等
(ふりがな)	年 月 日	歳児 2025年4月1日時点	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号	現住所			

保護者の情報

保護者①	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
氏名	生年月日（西暦）	現住所 子どもと同じ場合は記入不要		
(ふりがな)	年 月 日			
個人番号	連絡先（携帯電話）		2024年1月1日の住所	
	-	-	都道府県	市区町村
保護者②	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
氏名	生年月日（西暦）	現住所 子どもと同じ場合は記入不要		
(ふりがな)	年 月 日			
個人番号	連絡先（携帯電話）		2024年1月1日の住所	
	-	-	都道府県	市区町村
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り（ 年 月 日保護開始）			
連絡先登録 ※市からの電話連絡が 取りやすい方	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（続柄： 氏名： 連絡先： ）			

子ども、保護者以外の同居者又は生計を一にする者

氏名	子どもとの続柄	生年月日（西暦）	職業、勤務先 又は学校名等	別居 有無	個人番号
		年 月 日		有・無	
		年 月 日		有・無	
		年 月 日		有・無	
		年 月 日		有・無	
		年 月 日		有・無	

保育の希望の有無

保育の希望	<input type="checkbox"/> 有	保護者の労働、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。)
	<input type="checkbox"/> 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)及び地域型保育事業所を言います。

※「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)を言います。

保育の利用を必要とする理由等 ※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	保護者	必要とする理由	就労の場合の通勤時間
	①		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日: 年 月 日)
<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()			
②		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日: 年 月 日)	往復 時間 分
		<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()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障害児(者)のいる世帯(氏名:) <input type="checkbox"/> 左記以外		