

教育・保育給付認定(変更)申請書 兼 保育利用申込書

六戸町長 殿

次のとおり、教育・保育給付認定を申請します。
 保育が必要な場合、保育の利用を申込みします。

利用希望・利用している施設名

申請日	年 月 日	保護者名	フリガナ		印	児童との続柄	
申請児童① (新規・変更)	フリガナ	生年月日	年 月 日 (令和8年4月1日現在 歳)	性別	男・女	兄弟姉妹の順番及び1~3号認定 号認定	第 子
		障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 級 <input type="checkbox"/> その他証明)				
申請児童② (新規・変更)	フリガナ	生年月日	年 月 日 (令和8年4月1日現在 歳)	性別	男・女	兄弟姉妹の順番及び1~3号認定 号認定	第 子
		障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 級 <input type="checkbox"/> その他証明)				
申請児童③ (新規・変更)	フリガナ	生年月日	年 月 日 (令和8年4月1日現在 歳)	性別	男・女	兄弟姉妹の順番及び1~3号認定 号認定	第 子
		障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 級 <input type="checkbox"/> その他証明)				
保護者の住所・連絡等	住所 〒 - -	父携帯	- -	自宅	- -	母携帯	- -
		緊急の場合 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> その他()					
保護者の前年1月1日現在の住所	父 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外 ⇒	都・道・府・県		市・区・町・村			
		母 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外 ⇒	都・道・府・県		市・区・町・村		
保育の希望の有無(※)	有	<input type="checkbox"/> 保育所等のみ希望(保護者の就労等により保育が必要)					
		<input type="checkbox"/> 幼稚園等と保育所等の両方を希望(保育が必要だが幼稚園等も申込:併願)					
		無	<input type="checkbox"/> 幼稚園等のみ希望(預かり保育を利用しない)				
保育を利用する理由に○を付ける	就労により	出産により	育休により	求職中により	その他		
利用希望期間	年 月 日 ~		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで				
		<input type="checkbox"/> 年 月 日まで					

《町記入欄》

受付年月日	年 月 日						
年度 町民税課税状況	父	所得割額	均等割額	有・無	世帯状況		
	母	所得割額	均等割額	有・無			
	計	所得割額	均等割額	有・無	障がい者扶養	転入世帯	
					父母が別居(単身赴任等)	その他	
児童①				利用者負担額 (保育料)	円		
国階層	町階層	年齢	歳				
児童②				利用者負担額 (保育料)	円		
国階層	町階層	年齢	歳				
児童③				利用者負担額 (保育料)	円		
国階層	町階層	年齢	歳				

世帯等の構成

世帯等の構成 (世帯分離している同居者も含む)	氏名	家族構成	生年月日	性別	個人番号	勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称
	アガナ	父	年 月 日	男		
	アガナ	母	年 月 日	女		
	アガナ		年 月 日			
	アガナ		年 月 日			
	アガナ		年 月 日			
	アガナ		年 月 日			
	アガナ		年 月 日			
	アガナ		年 月 日			

健康保健における児童の扶養者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父母以外 ⇒ 児童との続柄： 氏名：
生活保護法適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 年 月 日保護開始
ひとり親の場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 生死不明（年 月頃から） <input type="checkbox"/> 別居（年 月頃から） <input type="checkbox"/> その他（ ）
同居者の障がい介護認定	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護認定 内容： 児童との続柄： 氏名：
	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護認定 内容： 児童との続柄： 氏名：

申請児童の状況

申請児童の状況	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	⇒有の場合	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他：
	児童氏名	家庭での除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし
	【 】	医師の指導に基づいて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	【 】	食物以外のアレルギー：
	【 】	
	治療中の傷病・既往症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合は児童氏名を記入してください→【 】	
	病名： 時期： 年 月頃～ 年月頃まで	
	通院頻度： 経過等：	
	施設等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがあれば記入してください。	

税情報等の提供・認定結果の通知に当たっての署名欄

町が教育・保育給付認定に必要な町民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額（保育料）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、教育・保育給付認定の結果について、4月からの新規利用・継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。

保護者氏名

※幼稚園等のみ希望の場合はここまでです

