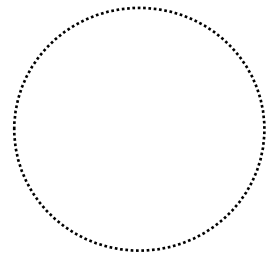


市 記 入 欄

受：	入：	確：
利用施設名	利用期間	認定 1号・2号・3号 支給認定番号
	年 月 日から 年 月 日まで	時間 標準・短 事由



教育・保育給付認定申請書兼保育施設等利用申込書

令和 年 月 日

須賀川市長

施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定及び保育施設等の利用について申請します。
市が教育・保育給付認定等に必要な市町村民税の情報及び世帯情報を閲覧し、教育・保育給付等のため必要と認められる情報を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者（申請者）	代表	児童との続柄	児童との居住	フリガナ氏名	状況	生年月日	令和8年4月1日時点	障害者手帳等	勤務先、勤務時間
			☐ 別居		☐ ひとり親 ☐ 未婚 ☐ 単身赴任	☐ 平成 ☐ 昭和 年 月 日	歳	☐ 有	
			☐ 別居		☐ ひとり親 ☐ 未婚 ☐ 単身赴任	☐ 平成 ☐ 昭和 年 月 日	歳	☐ 有	
	生活保護の受給状況 ☐ 生活保護受給あり（ 年 月 日保護開始）								

申請児童	フリガナ氏名	性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	令和 年 月 日	令和8年4月1日時点
	個人番号	保護者との続柄	子・（ ）		満 歳	
希望内容	現住所	〒 須賀川市	障害者手帳等の有無	☐ 有	身体障害者手帳（ ）級 療育手帳（ ）級 特別児童扶養手当証書（ ）級 精神障害者保健福祉手帳（ ）級	
	令和7年1月1日の住所地（須賀川市外の場合のみ記入）					
	認定区分	教育	保育の必要なし			
		☐ 1号（満3～5歳）				
		保育	保育を必要とする理由			
		☐ 2号（3～5歳）	父	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 求職活動 ☐ 育休中で保育施設を利用しているこどもがいる ☐ 災害 ☐ その他（ ）		
	☐ 3号（0～2歳）	母	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 求職活動 ☐ 育休中で保育施設を利用しているこどもがいる ☐ 災害 ☐ その他（ ）			
	施設	第1希望	第2希望		前年度入所施設	
		第3希望	第4希望			
※第4希望まで全て記入する必要はありません。希望する施設のみ記入してください。						
施設の案内		☐ 希望施設のみ希望 ※希望施設以外案内はしません。 ☐ 希望施設と希望施設の近隣施設を希望 ※市で調整した近隣施設を案内します。 ☐ 空いていればどこでも希望 ※市で調整した施設を案内します。				
期間	令和 年 月 日から	☐ 令和 年 月末まで ☐ 令和 9年 3月末まで	保育必要量	☐ 標準時間 ☐ 短時間 ※施設ごとの時間帯はガイドブックを参照		

< 裏面も記入してください >

同居世帯の状況 ※父母、 祖父母以外を記入	児童との続柄	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	令和8年 4月1日時点	障害者 手帳等	勤務先、学校、利用施設名 等
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	歳	☐ 有	
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	歳	☐ 有	
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	歳	☐ 有	
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	歳	☐ 有	
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	歳	☐ 有	
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	歳	☐ 有	

祖父母の状況	児童との続柄	児童との居住	フリガナ	生年月日	令和8年 4月1日時点	障害者 手帳等	状 況	
			氏 名	住所 ※別居の場合のみ記入				
	父 方	祖父	☐ 同居		年 月 日生	歳	☐ 有	就労 ☐ 有 ☐ 無
			☐ 別居					健康状態 ☐ 良好 ☐ 不良
		祖母	☐ 同居		年 月 日生	歳	☐ 有	介護 ☐ 必要 ☐ 不要
			☐ 別居					連絡先
	母 方	祖父	☐ 同居		年 月 日生	歳	☐ 有	就労 ☐ 有 ☐ 無
			☐ 別居					健康状態 ☐ 良好 ☐ 不良
		祖母	☐ 同居		年 月 日生	歳	☐ 有	介護 ☐ 必要 ☐ 不要
			☐ 別居					連絡先