

教育・保育給付認定申請書(2号・3号認定用)

年 月 日

神戸市長 及び 福祉事務所長 宛

子ども・子育て支援法第19条第1項第2号又は第3号に掲げる小学校就学前子どもの保護者として、以下の事項に同意の上、教育・保育給付認定を次のとおり申請します。
 なお、利用者負担額算定のため保護者及び扶養義務者の市県民税等課税状況について神戸市が確認すること、世帯員の住民基本台帳の情報について神戸市が閲覧することに同意します。
 ※提出書類の内容に虚偽があった場合は、利用決定等を取り消すことがあります。

保護者(申請者)	フリガナ		生年月日	
	氏名/名前		男・女	年 月 日
	連絡先	(父・母・自宅・その他)	(父・母・自宅・その他)	(父・母・自宅・その他)
	現住所	神戸市 区		
前住所あるいは転居予定先	(2年以内に転居された方、今後転居する予定のある方は記入してください) (年 月 日転居 予定・済)			

フリガナ		生年月日	
認定の対象となる子どもの氏名/名前		男・女	年 月 日
利用が内定している施設名			
利用を希望する期間	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 小学校入学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
利用を希望する時間	(平日) 時 分 ~ 時 分 (土曜) 時 分 ~ 時 分		

以下の欄には、認定の対象となる子どもと生計を一にする世帯の **世帯員全員** について記入してください。
 (世帯には、同居の祖父母や単身赴任中の保護者、就学・就園中のきょうだい等、別居中の世帯員も含まれます。)

世帯員氏名/名前	子どもの続柄	性別	生年月日	勤め先・学校・保育園等	※備考
	父	男	年 月 日		
	母	女	年 月 日		
	本人(子)	男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害年金等の交付(給付)を受けている方、児童扶養手当の受給者、特別児童扶養手当の支給対象児については、備考欄に手帳名・番号を記入してください。

※ひとり親世帯で児童扶養手当を受給していない方は、ひとり親家庭等医療費受給者証、または戸籍謄本の写しを添付してください。

保育を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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・内定 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()
	母	<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・内定 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()
保育必要量について	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	母子・父子世帯の適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 有(区・支所:) (担当者:) <input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 無	

※生活保護を受けている方は、生活保護適用証明書の写しを添付してください。

続柄	氏名/名前	住所	年齢	就労状況(勤務先)
祖父母の状況	父方	祖父	(電話)	
		祖母	(電話)	
	母方	祖父	(電話)	
		祖母	(電話)	

本人確認
運転免許証
マイナンバーカード
健康保険証
その他()