

教育・保育給付認定申請書（2号・3号認定用）

新宿区長 宛て 申請者 居住地 新宿区 町 丁目 番(地) 号 (保護者) 電話番号 () 氏名(自署) _____	年 月 日
子どものための教育・保育給付に係る認定について、次のとおり申請します。	
入力日 _____	

申請に係る子ども	フリガナ氏名	続柄	生年月日	認定区分	個人番号
1			(歳) 年 月 日	□2号(満3歳以上) □3号(満3歳未満)	
2			(歳) 年 月 日	□2号(満3歳以上) □3号(満3歳未満)	
3			(歳) 年 月 日	□2号(満3歳以上) □3号(満3歳未満)	
保育を必要とする期間		年 月 日から 年 月 日・小学校就学前まで			
認定を申請する理由					

1 世帯状況

認定保護者の選択(注1)	フリガナ氏名	続柄	生年月日	個人番号(注2)		居住地
				勤務先、在籍施設等		
保護者	<input type="checkbox"/>		(歳) 年 月 日			
	<input type="checkbox"/>		(歳) 年 月 日			
保護者以外の世帯員			(歳) 年 月 日			
			(歳) 年 月 日			
			(歳) 年 月 日			
家の状況の確認		<input type="checkbox"/> 生計を一にする別世帯の家族 (例：単身赴任の父)				
		<input type="checkbox"/> 父母の海外赴任歴 (父) 年 月 日から 年 月 日まで				
		<input type="checkbox"/> 父母の海外赴任歴 (母) 年 月 日から 年 月 日まで				
		<input type="checkbox"/> 生活保護等(注3)の受給世帯 (年 月 日から受給開始)				
		<input type="checkbox"/> ひとり親世帯(児童扶養手当受給 有・無・手続中)				
		<input type="checkbox"/> 同一世帯に障害児(者)				
支給認定証の交付希望 <input type="checkbox"/> 支給認定証の交付を希望する			※ 左記の欄にチェックがない場合には、教育・保育給付認定通知書を送付します。 支給認定証の交付を受けた場合で、教育・保育給付認定の変更の認定があったときは、交付を受けた支給認定証を返還する必要があります。			

注1 教育・保育給付認定保護者となる者1人にチェックをすること。

注2 保護者及びその他の扶養義務者の個人番号のみ記入すること。

注3 「生活保護等」とは、生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付をいう。

(裏)

2 保育を必要とする事由

		父 の 状 況	母 の 状 況
就 労 (予 定)	就 労 形 態 (該当に○印)	居宅外勤務(常勤・パート・その他) 居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・活動中) その他()	居宅外勤務(常勤・パート・その他) 居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・活動中) その他()
	勤務(予定)先名 (受注先)		
	所 在 地		
	電 話 番 号	()	()
	仕 事 の 内 容		
	就労時間・曜日・日数 ※就労(予定)証明書と就労時間・曜日等が異なる場合は、理由を記入	_____ : _____ ~ _____ : _____ (月・火・水・木・金・土・日) 1日平均_____時間 週平均_____日間 (理由).....	_____ : _____ ~ _____ : _____ (月・火・水・木・金・土・日) 1日平均_____時間 週平均_____日間 (理由).....
	自 営 の 方	使用人 有 () 人・無	使用人 有 () 人・無
	求職(内定・活動中)の方	失業 有 (年 月 日)・無	失業 有 (年 月 日)・無
	産休育休中の方	産休・育休後職場復帰 年 月 日予定	
就 労 以 外	出 産	出産(予定)日 年 月 日 (母子手帳の写しを添付)	
	心 身 障 害	障害名 () 身体障害者手帳 級・愛の手帳 度・ 精神障害者保健福祉手帳 級	障害名 () 身体障害者手帳 級・愛の手帳 度・ 精神障害者保健福祉手帳 級
	病 気	病名 () 診断書添付 病院名 () 年 月 から通院・入院・入院予定 療養予定期間 約 か月間	病名 () 診断書添付 病院名 () 年 月 から通院・入院・入院予定 療養予定期間 約 か月間
	看 護 ・ 介 護	対象者名 () 続柄 () 歳 看護・介護開始 年 月から 病名 () 診断書添付 手帳 無・有 (手帳 級・度) 療養場所：自宅・病院等(施設名) 看護・介護日数 毎日・週 () 日間 _____ : _____ ~ _____ : _____	
	就 学 技 能 習 得 日 本 語 学 校	学校名 () 年 月 入学 年制の 年次在学中 受講日 週 日間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 入学・在学証明書・カリキュラム添付	学校名 () 年 月 入学 年制の 年次在学中 受講日 週 日間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 入学・在学証明書・カリキュラム添付
	そ の 他		
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間		