

教育・保育給付認定申請書兼特定教育・保育の利用申込書

年 月 日

大崎市長 様
大崎市社会福祉事務所長 様

住所 _____

保護者氏名 _____

第1連絡先： _____ - _____ - _____

第2連絡先： _____ - _____ - _____

次のとおり、教育・保育給付認定 _____ を申請します。
特定教育・保育の利用【 新規入所 転籍 】を申し込みます。

対象児童	(フリガナ) 氏 名	生年月日（西暦）		性 別
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		(歳児)		
利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	希望する時間	午前 時 分から 午後 時 分まで	
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	アレルギー疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

世帯状況（単身赴任中の家族を含む。）

区分	(フリガナ) 氏 名	続柄	生年月日（西暦）	勤務先等	同居の有無	障害者手帳等
対象児童の世帯員		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ひとり親	<input type="checkbox"/> 該当（ <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別）		生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用あり <input type="checkbox"/> 適用なし		
保育を必要とする理由		【父： 】	【母： 】	※下記から番号を記入		
①就労 ②妊娠・出産 ③疾病・障がい ④介護・看護 ⑤災害復旧 ⑥求職活動 ⑦就学 ⑧その他 ()						

