⑧その他(

## 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: 教育·保育給付認定 を申請します。 次のとおり, 特定教育・保育の利用【 □ 新規入所 □ 転籍 】を申し込みます。 (フリガナ) 生年月日 (西暦) 性 別 氏 名 対象児童 年 月 日 □ 男性 □ 女性 歳児) 年 月 日から 午前 時 分から 利用を希望 希望する時間 する期間 年 月 日まで 午後 時 分まで アレルギー 障害者 □無 □有( ) □無□有( ) 手 帳 等 疾 患 世帯状況(単身赴任中の家族を含む。) (フリガナ) 同居の 障害者 区分 続柄 生年月日 (西暦) 勤務先等 氏 手帳等 名 有無 □父 □同居 □有 年 月 日 □別居 □無 □母 対 □父 象 □同居 □有 年 月 日 □別居 □無 □母 児 □同居 □有 年 月 日 童 □別居 □無  $\mathcal{O}$ □同居 □有 年 月 日 □別居 □無 世 □同居 □有 年 月 日 帯 □別居 □無 員 □同居 □有 年 月 日 □無 □別居 ひとり親 □該当(□離婚 □未婚 □死別) 生活保護の状況 □適用あり □適用なし 保育を必要とする理由 【父: ] 【母: 1 ※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

現在の保育状況	□家庭(□父 □母 □その付	他) □施設利用中(施設名	: )
2025年1月1日の	○住所 □市内 □市外	2026年1月1日の住所	□市内 □市外
転居・転入予定	□無□有(  年	月 日頃 □転居	□転入予定 )
転居・転入先住所	大崎市		
利用希望施設名等			
第1希望施設		第9希望施設	
第2希望施設		第10希望施設	
第3希望施設		第11希望施設	
第4希望施設		第12希望施設	
第5希望施設		第13希望施設	
第6希望施設		第14希望施設	
第7希望施設		第15希望施設	
第8希望施設			
兄弟姉妹で同時に 申込みする場合 □ 異なる施設を利用できる場合でも利用を希望する。 □ 一人だけ利用できる場合も利用を希望する。			
その他特記事項			
マイナンバー(個人番号)の記入			
父氏		マイナンバー	
母 氏	名:	マイナンバー	
対象児童 氏	名:	マイナンバー	
申請に当たり、以下のことに同意します。 1 この申請による教育・保育給付認定、特定教育・保育の利用 等及び保育料等の決定に必要な、対象児童の保護者や同居親族 の市町村民税の情報及び世帯情報を市が閲覧、取得すること。 2 本書の写し及び上記で取得した情報から算出される保育料等 の内容について入所決定施設に提供すること。  (自署)			