

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)	生年月日（西暦）		性 別
	氏 名			
		年 月 日	☐ 男性 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有 ()	アレルギー疾患	☐ 無 ☐ 有 ()	

世帯状況（単身赴任中の家族を含む。）

区分	(フリガナ)	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	氏 名					
		☐ 父 ☐ 母	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無
		☐ 父 ☐ 母	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無
			年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無
			年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無
			年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無
			年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無
			年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無
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： 】	※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 ()						

