様式

記入例

給付認定申請

・住所は，現在実際に居住している住所を記入
・連絡先は保護者(父・母)のものを記入
・第１連絡先は，市役所又は保育施設等から連絡を受けるに当たり，平日の日中連絡が必ず取れる番号を記入

現在，保育施設等に入所していない場合【新規入所】，入所しているが別の施設を希望する場合は【転籍】を選択し，☑を入れる

保護者氏名　　大崎　一郎
第１連絡先：０９０－０００－０００　（母）
第２連絡先：０８０－０００－０００　（父）

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 オオサキ　ハナコ 大崎　花子	生年月日（西暦） ２０２４年　６月　１日 （　　１歳児）	性　別 □ 男性 ☑ 女性
利用を希望する期間	２０２６年　４月　１日から ２０３１年　３月３１日まで	希望する時間	午前　７　時　３０分から 午後　６　時　００分まで
障害者		アレルギー 疾　患	

・４月１日以降の場合も希望日を記入
・終期は就学前の３月３１日と記入

希望する時間の目安を記入
(延長保育利用時間含む)

世

区分	(フリガナ) 氏　名	続柄	生年月日（西暦）	勤務先等	同居・別居の有無	障害者手帳等
対象児童の世帯	オオサキ イチロウ 大崎　一郎	☑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

単身赴任で別居している保護者も記入

入所希望者の父母または兄弟姉妹で障害者手帳等の交付を受けている場合は，手帳等の写しを添付

ひとり親世帯に該当する場合は☑を入れる

生活保護の状況の該当する方に☑を入れ，適用ありの場合は受給証の写しを添付

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：　①　】	【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
⑧その他（　　）

現在の保育状況	☑家庭（☐父　☑母　☐その他）　☐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	○○○保育園	第９希望施設	
第２希望施設	△△△保育園	第１０希望施設	
第３希望施設	□□□保育園		
第４希望施設	◇◇◇保育園		
第５希望施設	×××保育園		
第６希望施設			
第７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	☐　同じ施設 ☐　異なる施 ☐　一人だけ		
その他特記事項			

・最大１５施設まで記入可能ですが，全て記入する必要はありません。
・入所を希望する施設のみ記入してください。
・事前に見学などをし，通園可能かどうか，生活・保育方針が合うかなどを確認してください。
・給食におけるアレルギー対応，保育料以外に発生する費用等についてもご確認したうえで記入してください。

表面「対象児童の世帯員」と同一人物を記入

マイナンバー（個人番号）の記入

父	氏　名：**大崎　一郎**	マイナンバー	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4
母	氏　名：**大崎　直美**	マイナンバー	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
対象児童	氏　名：**大崎　花子**	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

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　[illegible]等

表面「保護者氏名」と同一人物を記入

保護者氏名　**大崎　一郎**　（自署）

※市記入欄	
受付印	受付者
	確認者