様式第１号（第３条関係）

教育・保育給付認定申請書

年　　月　　日

大崎市長　　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。

対象児童	（フリガナ） 氏　　名	生年月日（西暦）	性　別
		年　月　日	□ 男性 □ 女性
		マイナンバー	
利用開始希望日	年　月　日から	利用希望施設	
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） 氏　　名	続柄	生年月日（西暦）	マイナンバー	同居の有無
対象児童の世帯員		□父 □母	年　月　日		□同居 □別居
		□父 □母	年　月　日		□同居 □別居
			年　月　日		□同居 □別居
			年　月　日		□同居 □別居
			年　月　日		□同居 □別居
			年　月　日		□同居 □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
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

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副食費等の内容について入園決定施設に提供すること。

保護者氏名　　（自署）

※市記入欄	
受付印	受付者
	確認者