様式第１号の２（第３条関係）

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 （　　歳児）	□ 男性 □ 女性
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） 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		□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

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（　　）

現在の保育状況	□家庭（□父　□母　□その他）　□施設利用中（施設名：　　）		
2026年1月1日の住所	□市内　□市外	2027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	□　同じ施設を利用できる場合のみ利用を希望する。 □　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　名：	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。

保護者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

※市記入欄	
受付印	受付者
	確認者