

番号確認		窓口（施設）に来た方の身元確認		本人確認者印
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1点 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート	印
<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票等の写し	2点 確認	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書・手帳	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証、特別	
<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 児童手当証書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
代理人（本人以外）	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

新規 ・ 再認定 ・ 変更

教育・保育給付認定申請書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

年 月 日

個人番号																				
保護者氏名																				印

下呂市長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別
		年 月 日生	男 ・ 女
保護者の住所・連絡先	(現住所) 〒 -		
	(連絡先) 電話番号(自宅) : () 携帯電話(父) : () 携帯電話(母) : ()		
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。		
保育の希望の有 無	2号・3号 認定希望	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合
	1号認定 希望	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く）

①世帯の状況

区分	世帯員の個人番号	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等
児童の世帯員			父	年 月 日生	男・女	
			母	年 月 日生	男・女	
			本人	年 月 日生	男・女	
				年 月 日生	男・女	
				年 月 日生	男・女	
				年 月 日生	男・女	
				年 月 日生	男・女	
				年 月 日生	男・女	
				年 月 日生	男・女	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り（ 年 月 日保護開始）				
在宅障がい児（者）の有無		無し ・ 有り 氏名（ ） 身障 ・ 療育 ・ 精神 （ 級 ・ 判定）				
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外				
児童扶養手当の受給の有無		無し ・ 有り 受給者氏名（ ）				

（表面）

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	事業所番号*	

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由 ※表面で保育の必要とされた方のみ	続柄	必要とする理由	就労時間、日数や疾病の期間など具体的な事由
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	8時間(8:15~16:15) ・ 8時間超

④個人情報等の提供に当たっての署名欄

下呂市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 _____ 印 _____

*市町村記載欄

受付年月日	認定区分等	支給(利用)期間
	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	自： 年 月 日 至： 年 月 日

【個人番号に係る確認欄】

確認者氏名：

情報の種類	対象	確認方法
児童福祉法による障害児通所支援に関する情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
地方税関係情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
住民票関係情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による自立支援給付の支給に関する情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
児童福祉法による障害児入所支援に関する情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
障害者関係情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
生活保護関係情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
児童扶養手当関係情報・母子家庭医療費助成情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
中国残留邦人等支援給付関係情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()
介護保険給付関係情報		<input type="checkbox"/> データ閲覧 <input type="checkbox"/> 書類閲覧 <input type="checkbox"/> 写し添付 <input type="checkbox"/> その他 ()

※施設受付

受付年月日

施設名及び連絡先

(裏面)