

教育・保育給付認定申請書 兼 保育所等利用申込書

能代市長 様  
 施設長 様

年 月 日

- ・市が、教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同居者を含む。)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、施設に対して提示することがあること。
- ・12月から翌年2月までにされた教育・保育給付認定申請は、認定事務が集中し審査等に日時を要すことから入所希望月の2カ月前までの認定結果のお知らせになること。

上記に同意のうえ、次のとおり教育・保育給付認定の申請及び保育所、認定こども園又は家庭的保育事業等の申込みをします。

保護者	住所	能代市	氏名	※本人署名以外は押印してください。	
	連絡先	自宅： — —	緊急時： — —	父携帯： — —	母携帯： — —

申請に係る 小学校就学 前子ども	(ふりがな) 氏名	個人番号 生年月日			性別	障害者手帳等 の有無
			年	月	日生	男・女
保育の希望 の有無(※)	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 無：幼稚園等の利用を希望する場合					

- (※) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所機能)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます(以下同じ)。  
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(幼稚園機能)をいいます。  
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び②に必要事項を記入してください。

①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 と希望理由	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

②世帯の状況

(生計の中心者の番号に○を付けてください) 児童の同居者	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	障害者手帳等	個人番号 就労・通学・通園先
	1			T・S・H・R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有
2			T・S・H・R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有	
3			T・S・H・R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有	
4			T・S・H・R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有	
5			T・S・H・R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有	
6			T・S・H・R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有	
7			T・S・H・R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有	

