

記入例および利用の案内等をよく読んでから記入してください。*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

○字は楷書で大きくはっきりと書いてください。

令和 年度

施設型給付費・地域型保育給付等
教育・保育給付認定申請書兼保育所入所等申込書

申込区分 ※2・3号希望のみ記入

- 新規
- 新規(1号→2号)
- 転所

年 月 日
(あて先) 八尾市長

保護者氏名
(持参する保護者)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請(教育・保育給付認定申請内容を届出)します。なお、教育・保育給付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。

申込児童	氏名 (フリガナ)		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	個人番号									
	認定区分 <input type="checkbox"/> 1号認定(満3歳以上で教育を希望) <input type="checkbox"/> 2号認定(満3歳以上で保育を希望) <input type="checkbox"/> 3号認定(満3歳未満で保育を希望)		在園施設名		生年月日(西暦)									
	生年月日(西暦)		年		月		日							
	氏名 (フリガナ)		児童との続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	生年月日(西暦)										
代表保護者	現住所		(アパート・マンション名、居室番号等も記載してください)											
	転入住所 (転入予定の方)		(アパート・マンション名、居室番号等も記載してください)											
	日中の連絡先(電話番号) ※優先する電話番号を①に記入してください。													
	①	-		-		<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()								
	②	-		-		<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()								

①世帯の状況

*市記載欄

児童との続柄	氏名 (フリガナ)	児童との居住状況 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	生年月日(西暦)							職業・在園施設名等 個人番号		続柄 番号	
			年	月	日	年	月	日	年	月	日		
父	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居											
母	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居											
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居											
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居											
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居											
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居											
令和 年1月1日 現在の住所(※1)		<input type="checkbox"/> 八尾市内 / <input type="checkbox"/> 八尾市外(住所:)											
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 適用有(年 月 日 保護開始)			家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭→児童扶養手当等の受給: 有・無						
在宅障がい者(※2) ☑を記入してください		<input type="checkbox"/> 右記手帳種別への該当有(<input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳) 該当人数: 人 該当者氏名:											

(※1) 八尾市外の場合は市(区、町、村)民税課税証明書を添付してください。

(※2) 該当がある場合は手帳等のコピーを必ず添付してください。

(表面)

*市記載欄

申込日	年	月	日	認定日	年	月	日
申請日	年	月	日	宛名コード			

