

年 月 日

(宛先)箕面市教育委員会教育長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定及び施設の利用調整を申し込みます。

また、申請にあたっては、教育・保育給付認定の有効期間中において、教育・保育給付認定に必要な市町村民税課税状況、生活保護の適用状況、児童手当・児童扶養手当・特別児童扶養手当等の受給状況及び障害者手帳の保有状況を各所管部署に対し確認すること、並びに、決定した変更内容、利用者負担額及び副食費の免除に関する情報について、施設または事業者を提供することに同意します。

保護者(申請者)	
住 所	〒
氏 名	児童との続柄 ()
生年月日	
日中連絡先	(父・母・他)
	(父・母・他)

※申請者の本人確認書類をお持ちのうえ提出してください。
※支給認定証の交付を希望するかたは、申し出てください。

申請対象児童	フリガナ 氏 名	生年月日		R8年4月1日 時点の年齢	保護者との 続柄	性別
		令和 年 月 日				
	マイナンバー (個人番号)					
希望する 認定区分	☐ 2号認定子ども					
	☐ 2号認定子ども(1号併願)					
	☐ 3号認定子ども					
利用希望期間	開始	令和8年(2026年)/令和9年(2027年) 月1日から		終了	就学前まで ・ 年 月 日まで	

① 世帯の状況

※対象児童以外の父母及び同じ住所に住んでいる人全員について記入してください。(単身赴任のかたがいる場合も記入してください。)

※申請時点で他市に居住している保護者のかた及び単身赴任中の保護者のかたについてはマイナンバー(個人番号)をご記入ください。

児童の 家族の 状況	フリガナ 氏 名	児童との 続柄	生年月日	職業・幼稚園 名・学校名等	R8年4月1日 時点の年齢	マイナンバー(個人番号)・ 備考
	(申請者 フリガナ)		年 月 日			
	(フリガナ)		年 月 日			
	(フリガナ)		年 月 日			
	(フリガナ)		年 月 日			
	(フリガナ)		年 月 日			
該当の有無	ひとり親 世帯	有 ・ 無	在宅障害児(者) がいる世帯	有 ・ 無	生活保護 受給世帯	有・無 年 月 日開始
()年 1月1日時点 の住所地	父	☐ 箕面市 ☐ 箕面市以外 ()市・町・村・海外()				☐ 単身赴任中
	母	☐ 箕面市 ☐ 箕面市以外 ()市・町・村・海外()				☐ 単身赴任中

②利用を希望する施設

利用施設	施設名	第4希望以降(希望順位を必ずご記入ください)
	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

③内定・在籍施設があり、2号利用と1号利用を併願する場合

施設	状況	施設名	施設所在市町村	入園(予定)年月
	内定・在籍	(認定こども園幼稚園コース・幼稚園)		年 月

④保育の利用を必要とする理由

児童から見た続柄	保育の利用を必要とする理由				
	☐ 就労	☐ 妊娠・出産	☐ 疾病・障害	☐ 介護等	☐ 災害復旧
	☐ 求職活動	☐ 就学	☐ その他()		
	☐ 就労	☐ 妊娠・出産	☐ 疾病・障害	☐ 介護等	☐ 災害復旧
	☐ 求職活動	☐ 就学	☐ その他()		

※就労のかたの場合、就労証明書にて証明される保護者の就労時間や自宅から就労先までの通勤時間を踏まえて、保育短時間か保育標準時間のどちらに該当するのかを決定します。

⑤児童の祖父母の状況

児童の父方の祖父母					
氏 名	父方祖父	年齢等	歳	父方祖母	年齢等
住 所			(死別・離別)		
児童の母方の祖父母					
氏 名	母方祖父	年齢等	歳	母方祖母	年齢等
住 所			(死別・離別)		