

市川市長

申請者（保護者）氏名  
個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支給認定を受けたいので、子ども・子育て支援法第20条第1項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請に係る子ども	ふりがな氏名					生年月日	クラス年齢	障害者手帳の有無
	個人番号					年 月 日	歳クラス (4月2日現在の満年齢)	有・無
保護者の住所・連絡先	住所	〒 市川市 丁目 番 号 <small>マンション名など</small>						
	電話番号	自宅	携帯（父）			携帯（母）		
支給認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。							
保育の利用の希望（※）	有	(保護者の労働等の理由により保育所等における保育の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願する場合を含む。))						
	無	(幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願する場合を除く。))						

(※) 「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、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（教育部分）をいいます。

「有」を○で囲んだ場合は次の①～④に、「無」を○で囲んだ場合は次の①～③に必要事項を記入してください。

① 情報の閲覧等に関する同意の署名

申請に係る子どもが子どものための教育・保育給付を受ける間において、市担当職員が支給認定を行うために必要な市民税に関する情報（同一世帯員のものを含む。）及び世帯員の情報を閲覧等すること並びにこれらの情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提示することに同意します。
保護者氏名 _____

② 世帯の状況

区分	氏名	続柄	生年月日	職業、学校名等	前年度分・当年度分の市民税課税の有無	備考 (支給認定証番号)
子どもの世帯員	ふりがな	父	年 月 日		有・無	同居・別居
	ふりがな	母	年 月 日		有・無	同居・別居
	ふりがな		年 月 日		有・無	
	ふりがな		年 月 日		有・無	
	ふりがな		年 月 日		有・無	
	ふりがな		年 月 日		有・無	
生活保護の受給の有無		無 ・ 有 ( 年 月 日 保護開始 )				

③ 利用を希望する期間及び希望する施設（事業者）名等

利用を希望する期間	年 月 日 から			<input type="checkbox"/> 年 月 日 まで
				<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで
利用を希望する施設（事業者）名		施設（事業者）名	希望する理由	事業所番号 (市川市記載欄)
	第1希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> 預かり保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	第2希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> 預かり保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	第3希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> 預かり保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	第4希望		<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> 預かり保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

④ 保育の利用を必要とする事由等

※ 保護者の労働等の事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ください。

保育の利用を必要とする事由	続柄	必要とする事由		備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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（ ）		
	母	<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（ ）		
		<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（ ）		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する利用時間	利用する曜日（○をつけてください。）		利用する時間	
	月 火 水 木 金 土		時 分 から 時 分 まで	
希望する利用区分	希望する利用区分に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用（1日最大11時間までの利用） <input type="checkbox"/> 保育短時間利用（1日最大8時間までの利用）			

○ 別紙「記入上の注意」をよくお読みの上記入してください。

\*市川市記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		認定証番号	認定区分等
可・否（否とする理由） 年 月 日認定			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
入所施設（事業者）の可否		入所施設（利用）期間	
可・否（否とする理由） 〔 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）〕 入所施設（事業者）名		自 年 月 日 至 年 月 日	