第1号様式

教育・保育給付1号認定
施設等利用給付認定　申請書

（宛先）　名古屋市　　区長

年　　月　　日

保護者
（認定保護者）　住所　名古屋市　　区

（マンション・アパート名）

カナ

氏名

個人番号

電話番号　自宅

携帯電話①【父・母・(　)】

携帯電話②【父・母・(　)】

※父・母以外の場合は、(　)に児童との関係を記入してください。

次のとおり、教育・保育給付１号
施設等利用給付　に係る認定を申請します。

なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料（必要に応じ世帯分を含む。）、住民基本台帳、生活保護受給状況、障害の種類及び程度に関する資料、児童扶養手当、ひとり親家庭手当、愛知県遺児手当に関する資料及びひとり親家庭医療助成制度に関する資料、並びに妊娠の届出に関する資料を確認されることに同意します。

	氏名（フリガナ）	生年月日	性別	健康状態等	障害
申請に係る子ども		20　年　月　日 （4月1日現在　　歳）	男・女	良好 / その他（　）	有 / 無
個人番号					

	区分	施設名称	事業種別	施設所在地
利用を予定する施設（事業）名	幼稚園 認定こども園		幼稚園・認定こども園	
		預かり保育の利用（予定）　有・無		
	認可外保育施設等		認可外・一時預かり 病児保育・のびサポ	
			認可外・一時預かり 病児保育・のびサポ	
			認可外・一時預かり 病児保育・のびサポ	

希望する認定区分	□ 1号認定（教育・保育給付1号認定）	認定を希望する理由 （新2号認定・新3号認定を希望する方に限る）	
	□ 新1号認定（施設等利用給付1号認定）		
	□ 新2号認定（施設等利用給付2号認定）		
	□ 新3号認定（施設等利用給付3号認定） （生活保護世帯・市町村民税非課税世帯・里親）		
利用希望期間	年　月　日　から　年　月　日　まで　・　小学校就学前まで		

	氏名（フリガナ）	続柄	生年月日	健康状態等	備考
世帯構成員 ※申請児童の保護者（申請者を含む）、家族及び同居人全て記入ください。			年　月　日		
				個人番号	
			年　月　日		
				個人番号	
			年　月　日		
				個人番号	
			年　月　日		
				個人番号	
			年　月　日		
				個人番号	
			年　月　日		
				個人番号	

生活保護の受給状況	1. 適用なし　2. 申請中　3. 適用あり（　年　月　日）開始　（担当ケースワーカー　　）

※新2号・新3号認定を希望される方は裏面も必ずご記入ください。

※以下は新2号・新3号認定を希望する方のみご記入ください。

区　　分		いずれかに○をしてください ※保護者が父母以外の場合は、(　)に児童との関係を記入してください。	
		父・(　　)の状況	母・(　　)の状況
就労・就学・求職	要件	居宅外・居宅内・就労予定・就学・求職・その他(　　)	居宅外・居宅内・就労予定・就学・求職・その他(　　)
	形態	居宅外(被用者)〔常勤・非常勤(派遣・パート・その他(　　))〕	居宅外(被用者)〔常勤・非常勤(派遣・パート・その他(　　))〕
		居宅外(自営業)〔経営者本人・専従者・協力者・他(　　)〕	居宅外(自営業)〔経営者本人・専従者・協力者・他(　　)〕
		居宅内〔内職・自営業(経営者本人・専従者・協力者・他(　　))〕	居宅内〔内職・自営業(経営者本人・専従者・協力者・他(　　))〕
	就労先就学先	所在地:	所在地:
		名　称:	名　称:
		就労先・就学先　電話番号　　－	就労先・就学先　電話番号　　－
	就労・就学年月日	年　　月　　日(予定)	年　　月　　日(予定)
	就労内容		
	就労・就学時間	1日　時間・週　日勤務(週　時間以上勤務)、1か月　日勤務	1日　時間・週　日勤務(週　時間以上勤務)、1か月　日勤務
		(残業時間を含まず、規定の勤務時間について休憩時間を含めて24時間表記でご記入ください。夜勤は夜24時を含む勤務をご記入ください。)	
		時　分から　時　分(うち休憩　分)	時　分から　時　分(うち休憩　分)
		産休・育休の取得〔取得中・取得予定・なし〕	産休・育休の取得〔取得中・取得予定・なし〕
		(取得期間　年　月　日～　年　月　日)	(取得期間　年　月　日～　年　月　日)
	就学の卒業(修了)日	年　　月　　日(予定)	年　　月　　日(予定)
不在の場合		単身赴任・留学・離別・死別・その他(　　) 年　月～　別居中(居所:　　)	単身赴任・留学・離別・死別・その他(　　) 年　月～　別居中(居所:　　)
出産予定		年　　月　　日(予定)　　母子健康手帳　No.	

家族の病気・けが障害・介護					
	病人等の氏名		児童との続柄		診断名	
	手帳の交付状況	1. 身体障害者手帳　級 2. 愛護手帳　度 3. 精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)　級		病院名及び今後の治療期間	
	病人等の状況	1. 入院中・寝たきり　2. 通院中かつ常時安静　3. 通院中かつ月16日以上かつ週16時間以上の安静が必要			
	(介護でのお申込の場合は以下もご記入ください。)				
	主な介護者	父・母・その他(　　)			
	介護の状況	1. 病人・障害者の介護・付き添い(月20日以上週40時間以上) 2. 病人・障害者の介護・付き添い(月16日以上週30時間以上) 3. 病人・障害者の介護・付き添い(月16日以上週24時間以上) 4. 病人・障害者の介護・付き添い(月16日以上週16時間以上)		住所(別居のみ) 電話番号　－	

委任状欄	私は、　　を代理人と定め、個人番号を記載した本認定の申請に関する権限を委任します。 認定保護者氏名　　印 ※認定保護者以外の方が提出に来られる場合にご記入ください。

＊施設記載欄(認定こども園・幼稚園のみ)

受付年月日	年　月　日
施設名	
利用内定の有無	有　(　年　月　日)　・　無
備考	

＊名古屋市記載欄

受理日	年　月　日	入力担当者:(　)	連絡担当者:(　)
認定区分	教育・給付1号	新1号	新2号	新3号
支給認定期間	自　年　月　日　至　□小学校就学前　□　年　月　日		
備考			