

教育・保育給付認定申請書

記入例

（宛先）栃木市長

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・保育給付の認定を申請します。

※ 太枠内を記載ください。

保護者	ふりがな	とちぎ いちろう	申請日	令和7年9月5日		
	氏名	栃木 市郎	個人番号	123456789012		
			生年月日	S61年8月20日生		
			自宅電話番号	0282-00-0000		
	連絡先電話番号	090-1234-5678				
住所	〒328-0015 栃木市万町1234		日中連絡の取れる電話番号をご記入ください			
児童	ふりがな	とちぎ とちすけ	個人番号	987654321098		
	氏名	栃木 とち介	生年月日	R6年5月10日生		
			保護者との続柄	子	性別	男・女
保育の希望の有無	☒ 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（幼稚園等と併願の場合を含む。） ☐ 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）					

注1 「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。

2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（幼稚園部分）をいいます。

1 保育の利用を必要とする理由を記入する場合は、保育の希望が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由であてはまるものについて、保護者ごとにチェックを入れ、それを証明できる書類を提出してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）や、その他の内容を記入 (株)〇〇〇〇に勤務、月曜日～金曜日 8:30～18:00	
母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育児休業 ☐ その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）や、その他の内容を記入 ●●●●(株)に勤務、月曜日～金曜日 9:00～17:00		

2 申請児童の情報

障害者手帳の情報	☐ 無・有（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）
アレルギーの情報	無・ ☒ 有（卵）
その他特記事項	☐ 無・有（住民登録は別々でも、児童と同居する家族はすべて記入してください。また、父母が別居の場合も必ず記入してください。）

3 世帯の状況

ひとり親世帯等・在宅障がい児(者)の有無	☒ 非該当・該当（□ひとり親世帯等、□在宅障がい児(者)のいる世帯）						
生活保護の適用の有無	☒ 非該当・該当（年 月 日保護開始）						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	多子軽減計算対象施設	職業、学校名等	個人番号
児童の世帯員	(ふりがな) とちぎ いちろう 栃木 市郎	S61年8月20日生	男・女	父	☐ 対象	(株)〇〇〇〇	123456789012
	(ふりがな) とちぎ とち美 栃木 とち美	S63年3月3日生	男・女	母	☐ 対象	●●●●(株)	234567890123
	(ふりがな) とちぎ ひかる 栃木 ひかる	H30年3月4日生	男・女	兄	☒ 対象	〇〇小学校	876543210987
	(ふりがな) とちぎ みやこ 栃木 みやこ	S31年5月5日生	男・女	祖母	☐ 対象	□□□□(株)	765432109876
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女				
(ふりがな)	年 月 日生	男・女					

注 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、□対象にチェックを付けてください。

(裏)

4 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）の名称

利用を希望する期間	○ 年 ○ 月 ○ 日 から ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで	
希望する利用曜日・時間	利 用 曜 日	☒ 月 ☒ 火 ☒ 水 ☒ 木 ☒ 金 土 日
	利 用 時 間	8 時 30 分 から 17 時 30 分 まで
利用を希望する施設（事業者）の名称	施設（事業者）名・希望理由	
	第 1 希望 ○○○保育園	(希望理由) 自宅に近いため
	第 2 希望 △△△幼稚園	(希望理由) 勤務先に近いため
	第 3 希望 □□□保育園	(希望理由) 通勤途中にあるため
	第 4 希望 ◇◇◇保育園	(希望理由) 祖父母宅に近いため
	第 5 希望 ☆☆☆幼稚園	(希望理由) 通勤途中にあるため

注 事業所番号は市で記載をしますので、記載不要です。

5 税情報等の提供に当たっての署名欄

栃木市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・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、並びに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。

保護者氏名 栃 木 市 郎

お忘れになる方が多いのでご注意ください。

(自署しない場合は記名押印してください。)

※ 施設記入欄（施設を経由して市に提出する場合）

受 付 年 月 日	年 月 日	
施設（事業者）の名称		
担 当 者	氏 名	
	電話番号	
入所契約（内定）の有無	有（ 契約・内定（ 年 月 日 ） ） ・ 無	
備 考		

※ 市記入欄

受 付 年 月 日	年 月 日		
認 定 の 可 否	可 ・ 否 （否とする理由）	認 定 者 番 号	
		認 定 区 分 等	□ 1 号 □ 2 号 □ 3 号 （□ 標 □ 短）
		認 定 日	年 月 日
支 給（入所）の 可 否	可 ・ 否 （否とする理由）	支 給（利用） 期 間	自 年 月 日
			至 年 月 日
□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型			
入 所 施 設 （事業者）名	□認定こども園（□連 □幼（□幼□保） □保（□保□幼） □地（□幼□保）） □幼稚園 □保育所 □地域型（□小 □家 □居 □事）		
備 考			