

# 茨木市教育・保育給付認定申請書

令和 年 月 日

（申請先）茨木市長

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印) ※自署の場合は押印不要

居住地 \_\_\_\_\_ (※1)

連絡先 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

連絡先 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を次のとおり申請します。  
該当する□に☑してください。

## 1 申請の対象となる小学校就学前子ども

フリガナ 氏名	保護者との 続柄	生年月日	性別	身体障害者手帳・ 療育手帳等の有無
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
個人番号（マイナンバー）				
希望する 認定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1号（入園時の子どもの年齢が3歳以上で幼稚園等※2での教育を希望する場合）			
	1号と2号の併願希望（※3）	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		

※1 法人が保護者となる場合は、法人の名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記入してください。

※2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。 ※3 幼稚園等と保育所等の両方を希望する場合等

## 2 世帯の状況

### (1) 保護者の状況

対象となる子ども以外の両親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。保護者は住所欄も記入してください。

#### ①保護者

フリガナ 氏名	子ども との続柄	生年月日	身体障害者手帳 療育手帳等の有無
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
個人番号			
住所欄	令和3年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外（ _____ ）	
	令和4年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外（ _____ ）	

#### ②保護者

フリガナ 氏名	子ども との続柄	生年月日	身体障害者手帳 療育手帳等の有無
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
個人番号			
住所欄	令和3年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外（ _____ ）	
	令和4年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外（ _____ ）	

## (2) 保護者以外の世帯員の状況

フリガナ 氏名	子ども の続柄	生年月日	個人番号	身体障害者手帳 療育手帳等の有無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

## (3) 世帯の状況

- ①生活保護法による被保護世帯 該当あり ( 年 月 日保護開始) / 該当なし  
 ②ひとり親家庭 該当あり ( 母子・父子 ) / 該当なし  
 ③在宅障害児(者)世帯 該当あり (手帳の種類：身体 精神 療育) / 該当なし

## 3 税情報等の提供に係る同意欄

本申請書の提出後から教育・保育給付認定の有効期間満了日まで、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があるときは、私の世帯情報及び地方税関係情報(同一世帯の情報を含みます。)を茨木市が取得すること、また、決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に提示することに同意します。

保護者氏名



※自署の場合は押印不要

## 4 利用を希望する期間及び施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他(令和 年 月 日)まで
利用を希望する施設(事業者)名	

## \*市記載欄

番号確認		身元確認			
<input type="checkbox"/> 記載されている個人番号が正しい番号であることを確認した。		<input type="checkbox"/> 申請者が個人番号の正しい持ち主であることを確認した。			
確認書類/対応記録					
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票写し	<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書	
身元確認	1枚	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 障害者手帳
	2枚	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書	<input type="checkbox"/> 学生証
その他	<input type="checkbox"/> 番号補記	<input type="checkbox"/> 電話確認	<input type="checkbox"/> 郵送指示	<input type="checkbox"/> 不開示	

## 茨木市教育・保育給付認定申請書

記入例

令和 3 年 10 月 13 日

（申請先）茨木市長

保護者氏名 茨木 太郎 印

※自署の場合は押印不要

居住地 茨木市駅前三丁目8番13号 （※1）連絡先 080-0000-0000（続柄 父）連絡先 080-0000-0000（続柄 母）

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を次のとおり申請します。  
該当する□に☑してください。

## 1 申請の対象となる小学校就学前子ども

フリガナ 氏名	保護者との 続柄	生年月日	性別	身体障害者手帳・ 療育手帳等の有無
<u>茨木 次郎</u>	<u>次男</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <u>29年5月3日</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
個人番号（マイナンバー）	<u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3</u>			
希望する 認定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1号（入園時の子どもの年齢が3歳以上で幼稚園等※2での教育を希望する場合）			
	1号と2号の併願希望（※3）	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		

※1 法人が保護者となる場合は、法人の名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記入してください。

※2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。 ※3 幼稚園等と保育所等の両方を希望する場合等

## 2 世帯の状況

## (1) 保護者の状況

対象となる子ども以外の住民票の所在について、茨木市内もしくは茨木市外の該当箇所について記入してください。保護者は住所欄も記入してください。

## ①保護者

フリガナ 氏名	子ども の続柄	生年月日	身体障害者手帳 療育手帳等の有無
<u>茨木 太郎</u>	<u>父</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <u>60年10月3日</u>	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
住所欄	令和3年1月1日の住所		
	<input type="checkbox"/> 茨木市内 <input checked="" type="checkbox"/> 茨木市外（ <u>東京都江戸川区江戸川1-2-3</u> ）		
	令和4年1月1日の住所		
	<input type="checkbox"/> 茨木市内 <input checked="" type="checkbox"/> 茨木市外（ <u>東京都江戸川区江戸川1-2-3</u> ）		

## ②保護者

フリガナ 氏名	子ども との続柄	生年月日	身体障害者手帳 療育手帳等の有無
<u>茨木 花子</u>	<u>母</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <u>61年3月15日</u>	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
住所欄	令和3年1月1日の住所		
	<input checked="" type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外（ ）		
	令和4年1月1日の住所		
	<input checked="" type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外（ ）		

(2) 保護者以外の世帯員の状況

フリガナ 氏名	子ども の続柄	生年月日	個人番号										身体障害者手帳 療育手帳等の有無		
がき いちろう 茨木 一郎	兄	H23年8月30日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	4	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
がき さくら 茨木 桜	姉	H27年5月25日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	5	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
		年 月 日													<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日													<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日													<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日													<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無


(3) 世帯の状況

- ①生活保護法による被保護世帯 該当あり ( 年 月 日保護開始) / 該当なし
- ②ひとり親家庭 該当あり ( 母子・父子 ) / 該当なし
- ③在宅障害児(者)世帯 該当あり (手帳の種類：身体 精神 療育) / 該当なし

3 税情報等の提供に係る同意欄

本申請書の提出後から教育・保育給付認定の有効期間満了日まで、施設型給付等の教育・保育給付認定に必要があるときは、私の世帯情報及び地方税関係情報(※)を茨木市が取得すること、また、決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に徴収することに同意します。

押印が必要な場合は、認め印で押印してください。

氏名 **茨木 太郎** 

※自署の場合は押印不要

小学校に就学する前まで利用を希望する場合は、就学前までに  をしてください。その他、希望する期間がある場合は、その他に  をし、希望する期間を記入してください。

4 利用を希望する期間

利用を希望する期間	令和 <b>4</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日から <input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他(令和 年 月 日)まで
利用を希望する施設(事業者)名	<b>〇〇幼稚園</b> 入園が内定した施設名を記入してください。

..... 点線より下は記入不要です。

\*市記載欄

番号確認		身元確認		
<input type="checkbox"/> 記載されている個人番号が正しい番号であることを確認した。		<input type="checkbox"/> 申請者が個人番号の正しい持ち主であることを確認した。		
確認書類/対応記録				
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票写し	<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書
身元確認	1枚	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳
	2枚	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 学生証
その他	<input type="checkbox"/> 番号補記	<input type="checkbox"/> 電話確認	<input type="checkbox"/> 郵送指示	<input type="checkbox"/> 不開示