

様式第2号

教育・保育給付認定申請書兼施設（事業）利用申請書

受付印

(あて先)千葉市長

年 月 日

保護者	住所	〒		
	氏名	連絡先電話番号 (主な連絡先を一番上に記入してください。)		
		・ (父携帯・母携帯・自宅) ・ (父携帯・母携帯・自宅) ・ (父携帯・母携帯・自宅)		
連絡先電子メールアドレス				

子ども・子育て支援法第20条第1項の規定に基づき、施設型給付費、地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。また、施設（事業）※の利用について、次のとおり申請します。

※保育園、認定こども園、地域型保育事業（小規模保育、家庭的保育、事業所内保育）（以下「保育園・認定こども園等」という。）

申請に係る子ども	フリガナ		生年月日	性別	保護者との続柄
	氏名		年 月 日	男・女	
支給認定証番号	※既に認定を受けている場合に記入してください。				
利用を希望する期間	年 月 日から		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 満3歳に達する年度末まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
保育の希望	<input type="checkbox"/> 有 : 保護者の就労等により、保育園・認定こども園等において保育の利用を希望 (幼稚園等の利用との併願を含む。)				
	<input type="checkbox"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望 (保育園・認定こども園等における保育の利用との併願を除く。)				
	<input type="checkbox"/> 無 : 教育・保育給付認定を希望				

※保育の希望が『有』の場合は下記の希望先を記入してください。

利用を希望する保育園・認定こども園等の名称	第1希望		第4希望		第7希望	
	第2希望		第5希望		第8希望	
	第3希望		第6希望		第9希望	

※希望上限は30園まで。第10希望以降は、別紙(様式任意)又は裏面に記載してください。 第10希望以降あり

世帯の状況	フリガナ	続柄	生年月日	職業など	備考
	氏名		年 月 日		<input type="checkbox"/> 別居
		父	年 月 日		
		母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 別居
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
小学校就学前の兄弟姉妹について		兄弟姉妹の申込		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

(裏面に続く)

