

令和6年用 教育・保育給付認定申請書 兼 保育施設（入所・転所）申込書

（宛先）墨田区長・墨田区福祉事務所長

次のとおり、子どものための教育・保育給付に係る認定の申請及び保育施設の入所（転所）を申し込みます。

申請日 年 月 日

保護者	住所	墨田区 丁目 番 号 号室 (様方)					
	令和5年1月1日時点の住所	父	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	<input type="checkbox"/> 墨田区内 <input type="checkbox"/> 区外 (例：東京都江東区)			
		母	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	<input type="checkbox"/> 墨田区内 <input type="checkbox"/> 区外 (例：東京都江東区)			
	続柄	氏名		生年月日			
父	フリガナ：		年 月 日	1番目	電話番号	内定連絡先	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯
	フリガナ：						年 月 日
個人番号				3番目	電話番号	内定連絡先	
母	フリガナ：		年 月 日				3番目
	フリガナ：			年 月 日	3番目	電話番号	
個人番号							3番目
入所・転所希望児童	児童氏名	フリガナ：	クラス年齢	希望施設	転所の場合	希望する保育期間	
			令和6年4月1日の年齢	第1希望	在所認可保育施設名	令和6年	
				第2希望		月1日から	
				第3希望		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで	
				第4希望	年 月～	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで	
				第5希望	申請区分	希望時間	
	生年月日	年 月 日		第6希望	<input type="checkbox"/> 2号認定 (満3歳以上)	<input type="checkbox"/> 標準時間 (7:15~18:15)	
	個人番号			第7希望	<input type="checkbox"/> 3号認定 (満3歳未満)	<input type="checkbox"/> 短時間 (9:00~17:00)	
	児童氏名	フリガナ：	クラス年齢	希望施設	転所の場合	希望する保育期間	
			令和6年4月1日の年齢	第1希望	在所認可保育施設名	令和6年	
			第2希望		月1日から		
			第3希望		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで		
			第4希望	年 月～	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
			第5希望	申請区分	希望時間		
生年月日	年 月 日		第6希望	<input type="checkbox"/> 2号認定 (満3歳以上)	<input type="checkbox"/> 標準時間 (7:15~18:15)		
個人番号			第7希望	<input type="checkbox"/> 3号認定 (満3歳未満)	<input type="checkbox"/> 短時間 (9:00~17:00)		
上記の保育施設に入所・転所を希望する理由		<input type="checkbox"/> 自宅又は職場に近い <input type="checkbox"/> 転居による転所 (転居前住所：) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が在所している <input type="checkbox"/> その他 ()					
現在の保育状況		<input type="checkbox"/> 保護者・親族が自宅で保育 <input type="checkbox"/> 職場同伴 <input type="checkbox"/> 無償で預けている (場所：) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設等に預けている (施設名：) ※認可外保育室等に月極契約で月48時間以上預けている場合は、保育施設受託証明書を添付してください。					
生活保護の状況 (係・担当)		月極延長保育		転入予定日			
<input type="checkbox"/> 受給中 (年 月 日～)		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		年 月 日			
<input type="checkbox"/> 受けていない		※利用調整には影響しません		※申込以降に墨田区に転入予定がある場合はご記入ください			
墨田区福祉事務所記入欄	就証 (父・母) <input checked="" type="checkbox"/> 切 /	備考		取受			
	病障 (父・母・児) <input checked="" type="checkbox"/> 切 /						
	認可外 <input checked="" type="checkbox"/> 切 /						
	自営証明 <input checked="" type="checkbox"/> 切 /						
	同居者 <input checked="" type="checkbox"/> 切 /						
	その他 <input checked="" type="checkbox"/> 切 /						
	〔受付日〕 /	来庁者：父・母・その他 ()		結果			
	〔受付者〕	個人番号：マイナC/通知C/住民票/同意					
	〔郵送〕消印： 年 月 日	本人確認：免許証/保険証/マイナC/在留C					
	〔受理票発送日〕 年 月 日	母子手帳/その他 ()					

※電子申請でお申込みする場合は、写真（画像）またはPDFの

ファイル形式に変換し提出してください。

裏面あり

