

認定申請書

令和 年 月 日

大村市長 様

企業主導型保育施設の利用に際し、次のとおり子ども・子育て支援法第20条に定める認定を申請します。

①児童	氏名(フリガナ)		生年月日		性別	年齢	障がい等	
	()		年 月 日		男・女	歳	☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 級	
②保護者 (申請者) ※主に連絡のやりとりができる方を記載して下さい。	氏名(フリガナ)		生年月日		続柄	連絡先(携帯番号)		
	()		令・平・昭 年 月 日					
住所(〒 —)					☐ ひとり親家庭(離婚・未婚・死別) ☐ 生活保護(開始日: 年 月 日)			
③ ②以外の保護者	氏名(フリガナ)		生年月日		続柄	連絡先(携帯番号)		
	()		令・平・昭 年 月 日					
※別居の場合に記載 住所 ☐ 単身赴任 ☐ その他()								
④世帯状況 (祖父母、同居人等を含む) ※①～③の者を除いて記載してください。	(フリガナ) 氏名		申請児童との続柄	生年月日		勤務先(職業)、学校、保育施設等の名称 ※(入所希望日時点)		障がいの有無
	()			令・平・昭 年 月 日				☐ 有 ☐ 無
	()			令・平・昭 年 月 日				☐ 有 ☐ 無
	()			令・平・昭 年 月 日				☐ 有 ☐ 無
	()			令・平・昭 年 月 日				☐ 有 ☐ 無
	()			令・平・昭 年 月 日				☐ 有 ☐ 無
⑤保育を必要とする理由	父	☐ 就労 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 育児休業 ※ ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 疾病 ☐ 児童虐待・DV ☐ その他()						
	母	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 育児休業 ☐ 求職活動 ☐ 就学・職業訓練 ※ ☐ 介護・看護 ☐ 疾病 ☐ 災害復旧 ☐ 児童虐待・DV ☐ その他()						
出産予定日または育休復帰の予定日		☐ 出産予定日 (年 月 日) ☐ 育休復帰予定日 (年 月 日)						

施設名	施設所在市町村	入所日(入所予定日)
		年 月 日

認定希望期間	令和 年 月 日 から ☐ 卒園 / ☐ 令和 年 月 日 まで
--------	--