

## 令和 年度 町立認定こども園利用申込書

令和 年 月 日

みなかみ町長 様

児童福祉法、子ども・子育て支援法に基づく保育・教育関係施設への利用について、次のとおり申し込みます。  
入園決定または保育料の算定のために必要がある場合は、市町村民税や世帯情報を閲覧することや、調査すること並びに希望施設に対しこの申込書の内容及び保育・教育関係の情報を提供することに同意します。

確認

申込者（保護者）

印

希望する施設名											
入園希望年月日		令和 年 月 日									
現住所		みなかみ町									
年1月1日の住所が現住所と異なる場合のみ記入してください。（現住所への居住： 年 月から）											
電話番号		自宅			緊急連絡先		-			場所（ ）	
区分	続柄	ふりがな		性別	利用月 満年齢	生年月日	職業 学校等	きょうだいの入園			
		氏名						有・無（才児）			
申込 児童	本人			男・女		. .		年度住民税		年度住民税	
								所得割	均等割	所得割	均等割
保護者				男・女		. .					
同居 家族は 記入し てくだ さい (別世帯 であつ ても同 居の				男・女		. .					
生活保護の状況		・適用なし ・適用あり（ 年 月 日 保護開始）						税額合計			
◎児童と父または母の住所が異なる場合や生活が別の場合、その状況を記入してください。 単身赴任・死別・離婚・行方不明・未婚・その他（別居の理由： ）								年度		年度	
相手方氏名		上記の状況となった年月日： 年 月				階層区分					
住所						階層		階層			
別居等の場合は、税法上で、お子様はどなたの扶養か○を付けてください。 (源泉徴収票・確定申告書等の税書類中の扶養) 1 父 2 母 3 祖父母 4 その他（ ）								認定証番号			
備考											

※ [ ] 内については、事務局記入欄のため記入する必要はありません。

※保育認定（2・3号認定）の方のみ、下記をご記入下さい

保育を必要とする理由	父（ ）	①就労（月48時間以上の就労） ②妊娠、出産 ③保護者の疾病、障害 ④同居又は長期入院等している親族の介護・看護 ⑤復旧災害 ⑥求職活動（起業準備を含む） ⑦就学（職業訓練校等における職業訓練を含む） ⑧虐待やDVのおそれがあること ⑨その他（ ）	保育の必要量		
	右の事由より番号選択		a	保育標準時間	11時間
	父の月間就労時間（ ）時間		b	保育短時間	8時間
	母（ ）				
右の事由より番号選択	母の月間就労時間（ ）時間				
児童の状況	現在（入園申込時）、昼間誰がお子さんをみていますか。 母親 ・ 父親 ・ 父方の祖父母 ・ 母方の祖父母 親類 ・ 知人（親類又は知人の住所： 氏名： 続柄： ） 無認可保育所 ・ 保育園（保育所等名： ） その他（ ） お子さんの発育・子育てについて心配ごとなどがありますか。 無 ・ 有（ ）				

◎必要保育希望時間および児童の送迎方法(必要保育希望時間は、就労形態、送迎距離等を十分検討したうえで記入してください。)

必要保育希望時間	平日（ 時 分～ 時 分） 平日休（無 月 火 水 木 金）	送迎方法 車・徒歩・他（ ） 送迎する人(児童との続柄) 氏名：（ ） 氏名：（ ）
	土曜日 1 必要なし	
	2 第（1・2・3・4・5・不規則）周必要（ 時 分～ 時 分） 3 毎週必要（ 時 分～ 時 分）	

職 業 及 び そ の 状 況	父 親 の 状 況		母 親 の 状 況	
	常勤・パート・自営・農業・内職・自営手伝・求職中・その他		常勤・パート・自営・農業・内職・自営手伝・求職中・その他	
勤 務 先 等	所在地：	所在地：	勤 務 先 等	所在地：
	事業所名：	事業所名：	事業所名：	事業所名：
仕 事 内 容	代表者名：	代表者名：	代表者名：	代表者名：
	電話番号：	電話番号：	電話番号：	電話番号：
仕 事 内 容	仕事内容（農業の場合は、耕作物、作付面積等を記入する。）		仕事内容（農業の場合は、耕作物、作付面積等を記入する。）	
	（自営・農業）従事形態 従事形態（中心者・協力者） 従業員・従事者 人（本人を含む。） 就労時間（ ～ ）		（自営・農業）従事形態（中心者・協力者） 従業員・従事者 人（本人を含む。） 就労時間（ ～ ）	
学 校 名	（学生等） 学校名（ ）		（学生等） 学校名（ ）	
	就学時間（ ～ ）		就学時間（ ～ ）	
卒 業 見 込	卒業見込 令和 年 月 日		卒業見込 令和 年 月 日	
	就労開始年月日 年 月 日から就労		就労開始年月日 年 月 日から就労	
疾 病 ・ 介 護	○疾病・介護の別： 1 疾病 2 介護		○治療・介護方法： 入院・通院（月日数 日） 自宅療養・寝たきり・その他	
	○傷病人名： 児童との続柄（ ）		○治療期間： 年 月 日～ 年 月 日	
	○傷病名：		不明	
	○身障（療養）手帳： 級、No.		： 1日平均 時間	
○介護状況（毎日・月15日以上・月15日未満）		○他の介護者：（ ）		
妊 娠 ・ 出 産	○出産（予定日）日 令和 年 月 日		○復職予定： 有 ・ 無	
	○母子手帳No.		1. 令和 年 月 日から 産休 明け復職する 2. 新たに就職する 育休	