

令和 年度 保育関係施設利用申込書

みなかみ町長 様

令和 年 月 日

児童福祉法、子ども・子育て支援法に基づく保育関係施設への利用について、次のとおり申し込みます。
保育の提供または保育料の算定のために必要がある場合は、町が保有する個人情報を利用すること、町が勤務先に対し勤務内容等について職権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）

希望する施設名	第1希望		希望理由	
	第2希望		希望理由	
	第3希望		希望理由	
保育の提供を希望する期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		

現住所	みなかみ町
令和 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 氏 名	性別	利用月 満年齢	生年月日	職 業 学校等	年度住民税		年度住民税	
							所得割	均等割	所得割	均等割
申込 児童	本人		男・女		・	・				
保護者			男・女		・	・				
申（ 込 居 童 家 の 族 全 帯 員			男・女		・	・				
			男・女		・	・				
			男・女		・	・				
			男・女		・	・				
保 育 を 必 要 と す る 理 由	父（ ）	①就労（月48時間以上の就労）					税額合計			
	右の事由より番号選択	②妊娠、出産					年度	年度		
	父の月間就労時間 （ ）時間	③保護者の疾病、障害					階層区分			
	母（ ）	④同居又は長期入院等している親族の介護・看護					階層	階層		
右の事由より番号選択	⑤復旧災害					保育の必要量				
母の月間就労時間 （ ）時間	⑥求職活動（起業準備を含む）					a	保育標準時間 11時間			
	⑦就学（職業訓練校等における職業訓練を含む）					b	保育短時間 8時間			
	⑧虐待やDVのおそれがあること									
	⑨その他（ ）									

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（ ）
	土曜日 1 必要なし		送迎する人(児童との続柄)
	2 第（ 1・2・3・4・5・不規則）	周必要（ 時 分～ 時 分）	氏名： （ ）
	3 毎週必要（ 時 分～ 時 分）		氏名： （ ）

※ 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。

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： 事業所名： 代表者名： 電話番号：	勤 務 先 等	所在地： 事業所名： 代表者名： 電話番号：	
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 (中心者・協力者)	従業員・従事者 人 (本人を含む。)	(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 (~)		就労時間 (~)		
(学生等) 学校名 ()		(学生等) 学校名 ()		
就学時間 (~)		就学時間 (~)		
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	<input type="checkbox"/> 疾病・介護の別： 1 疾病 2 介護 <input type="checkbox"/> 傷病人名： 児童との続柄 () <input type="checkbox"/> 傷病名： 不明 <input type="checkbox"/> 身障（療養）手帳： 級、No. : 1日平均 時間 <input type="checkbox"/> 介護状況（毎日・月15日以上・月15日未満）		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 治療期間： 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 他の介護者： ()	
妊 娠 ・ 出 産	<input type="checkbox"/> 出産（予定日）日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 母子手帳No.		<input type="checkbox"/> 復職予定： 有・無 1. 令和 年 月 日から [産休 育休] 明け復職する 2. 新たに就職する	
生 活 保 護 の 状 況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日 保護開始)			

◎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。

<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 (別居の理由：)	
相手方氏名	上記の状況となった年月日： 年 月 日
住 所	
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 ()	児童扶養手当の受給 有・無・申請中 (年 月 日から)

◎祖父母の状況（同居等は問わず記入してください。）

	氏 名	年 齢	生 年 月 日	住 所	就 労 の 有 無	※ 保 育 の 可 ・ 不 可
父 方	祖父		年 月 日		有・無	可・不可
	祖母		年 月 日		有・無	可・不可
母 方	祖父		年 月 日		有・無	可・不可
	祖母		年 月 日		有・無	可・不可

※保護者に代わって保育が可能な状況である場合は、可としてください。