

①

R7

## 子どものための教育・保育給付認定申請書

(宛先) 上尾市長

申請日 令和 年 月 日

〒 -

住所:

保護者氏名:

電話(自宅):

携帯電話(父):

携帯電話(母):

次のとおり、子どものための教育・保育給付に係る認定を申請します。

フリガナ				生年月日(和暦)	性別
児童名				年 月 日	男・女
保育の実施を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 病気・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 求職中
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 病気・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産

## 児童の家庭状況

【住民登録上別世帯の同居の方も含まれます】 同居家族	フリガナ	児童との続柄	生年月日(和暦)	年齢	職業・学校等	障害者手帳の有無(※)
	氏名		年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり	保護開始日(和暦)		年 月 日	

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付、特別児童扶養手当・障害基礎年金の受給の有無について記入してください。

税情報等の提供に当たっての同意欄 (☑をお願いいたします。)

- 子どものための教育・保育給付認定及び利用者負担額(保育料等)の算定に当たり、本市が保有する住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認すること、また、これらの情報に基づき決定される利用者負担額(保育料等)について、本市から保育施設等(児童が入所決定した保育施設等のみ)に対し通知することに、申請保護者及び同居親族等は同意します。

*市記載欄	入所申込みの承諾 (この欄は、記入しないで下さい。)			
	入所年月日		入所後の 転園記録	年 月 日
入所保育施設			年 月 日	

# 保育施設入所児童家庭状況票

児童氏名		生年月日(和暦)	年	月	日
------	--	----------	---	---	---

1. 現在の「保護者の保育が必要な理由」について、太枠内の該当する箇所を記入してください。

	保育要件	状 況					
父親の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <small>※育児中の方は現在の契約上の勤務をお書きください</small>	勤務先名称					
		所在地					
		勤務時間	<input type="checkbox"/> 固定勤務 ・ <input type="checkbox"/> シフト制勤務		勤務日数	ひと月あたり	日
			<small>(固定の場合)</small>	時 分～			
		形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	仕事内容			通勤時間	時間 分		
	<input type="checkbox"/> 求職中	就労内定有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<small>(内定有の場合)</small> 就労開始予定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定	
	<input type="checkbox"/> 不在	理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		事実発生日	年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 疾病	病 名	入院	年 月～			
通院			<input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月 回				
<input type="checkbox"/> 介護	被介護者氏名			続柄			
	病 名	入院	年 月～				
		通院	<input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月 回				
<input type="checkbox"/> その他							
母親の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <small>※育児中の方は現在の契約上の勤務をお書きください</small>	勤務先名称					
		所在地					
		勤務時間	<input type="checkbox"/> 固定勤務 ・ <input type="checkbox"/> シフト制勤務		勤務日数	ひと月あたり	日
			<small>(固定の場合)</small>	時 分～			
		形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	仕事内容			通勤時間	時間 分		
	<input type="checkbox"/> 求職中	就労内定有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<small>(内定有の場合)</small> 就労開始予定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定	
	<input type="checkbox"/> 出産	出産予定日	年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 不在	理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		事実発生日	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 疾病	病 名	入院	年 月～				
		通院	<input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月 回				
<input type="checkbox"/> 介護	被介護者氏名			続柄			
	病 名	入院	年 月～				
		通院	<input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月 回				
<input type="checkbox"/> その他							

2. 児童の祖父母の状況を太枠内に記入してください。

		氏 名	年齢	職 業	住 所	電話番号
		祖父母の状況	父 方	祖父		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
祖母				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
母 方	祖父			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
	祖母			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		