

## 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<br>必要とする理由 | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 病気・障害 | <input type="checkbox"/> 介護等 | <input type="checkbox"/> 求職中 |                                |
|                   |   | <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 災害復旧  | <input type="checkbox"/> その他 | ( )                          |                                |
|                   | 母 | <input type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 病気・障害 | <input type="checkbox"/> 介護等 | <input type="checkbox"/> 求職中 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 |
|                   |   | <input type="checkbox"/> 就学 | <input type="checkbox"/> 災害復旧  | <input type="checkbox"/> その他 | ( )                          |                                |

## 児童の家庭状況

|                               |      |                                                              |              |    |        |                 |
|-------------------------------|------|--------------------------------------------------------------|--------------|----|--------|-----------------|
| 【住民登録上別世帯の同居の方も含みます】<br>同居の家族 | フリガナ | 児童との続柄                                                       | 生年月日<br>(和暦) | 年齢 | 職業・学校等 | 障害者手帳の有無<br>(※) |
|                               | 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             |
|                               |      |                                                              | 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、当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、当市から保育施設等(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<br>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<br><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                             |
|                              |                                                                        |          | (固定の場合)                                                                                                                                                                                                                        | 時      分～      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                                                                                                                                                                          | (内定有の場合)<br>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～                                                    |                                                              |                               |
| <input type="checkbox"/> その他 |                                                                        |          | 通院                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月      回 |                                                              |                                                              |                               |
|                              |                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                               |
| 母親の状況                        | <input type="checkbox"/> 就労<br><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                             |
|                              |                                                                        |          | (固定の場合)                                                                                                                                                                                                                        | 時      分～      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                                                                                                                                                                          | (内定有の場合)<br>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～                                                    |                               |
|                              | <input type="checkbox"/> その他                                           |          |                                                                                                                                                                                                                                | 通院                                                           | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月      回 |                                                              |                               |
|                              |                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                               |

2. 児童の祖父母の状況を太枠内に記入してください。

| 祖父母の状況 |     |    | 氏 名 | 年齢 | 職 業                                                   | 住 所 | 電話番号 |
|--------|-----|----|-----|----|-------------------------------------------------------|-----|------|
|        | 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 |     |      |