様式第１号（第３条関係）

記入例　**児童１人につき１枚必要です。**

（児童台帳）

令和　●年●月●日

上記と住所が異なる場合で、１月～８月の入所申請の場合は前年１月１日の、９月～１２月の入所申請である場合は、同年１月１日の住所を御記入ください。また、兄弟が保育所等に、すでに入園中の場合は、兄弟と同一の保護者氏名を御記入ください。

空欄に“父”“母”等続柄を御記入ください。

保護者	住所	〒360－8601 熊谷市 宮町二丁目４７－１			異動年月日	
	現住所	行田市本丸２－５			●．●．●	
	氏名	熊谷　ジロウ				
	電話番号	（　048　）　524　－1111				
	父携帯	（　080　）××××　－▲▲▲▲				
	母携帯	（　070　）●●●●　－○○○○				
申請（入所）児童	氏名	熊谷　花子	生年月日	平成・令和　６年５月５日生	性別 男・女	年齢 １歳（4/1時点）	障害者手帳の有無 有・無

入所を希望する年度の４月１日現在の年齢を御記入ください。

利用を希望する施設（事業所）名	第１希望	中央保育所	（希望理由）自宅に近いため
	第２希望	曙町保育所	（希望理由）勤務先に近いため
	第３希望		（希望理由）
			（希望理由）
			（希望理由）

入所は月の１日からです。

利用を希望する期間	令和　８　年　４　月　１　日　から　令和　　年　　月　　日　まで　・　就学前まで
保育の希望の有無	有　保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。）
	無：幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）
認定証番号	※既に教育・保育給付認定を受

希望する項目に○をつけてください。

※「保育の希望の有無」欄の「有」は、家庭的保育、居宅い、「幼

既に教育・保育給付認定を受けている児童がいる場合は、教育・保育給付認定番号を御記入ください。

○申請（入所）児童の世帯の状況　（住民票の世帯によらず、同居者は全員記載し

区分	児童との続柄	氏名	生年月日	職業又は学校名等	就労等時間（１日）	課税状況	前年分所得税額
申請（入所）児童の世帯員	父	熊谷　ジロウ	H1・10・11	会社員	8	有・無	
	母	熊谷　ひばり	H2・4・2	会社員	7	有・無	
	兄	熊谷　けやき	R5・9・12	●●保育園		有・無	123456
	祖母	熊谷　ハナ	S45・7・7	パート	5	有・無	
			・・			有・無	
						有・無	
						有・無	
						有・無	

同居している方全員について御記入ください。

生活保護の状況	適用なし　適用あり（　年　月　日保護開始）

○税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保[illegible]必要な市民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること並びにその情報に基づき決定した利[illegible]額について特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

署名をお願いします。

保護者氏名（自署）　熊谷　ジロウ

（表面）

○保育の利用を必要とする理由等（「保育の希望の有無」欄の「有」に○を付けた方は、記入してください。）

続柄	必要とする理由
父親の状況	☑就労 □妊娠・出産 □疾病・障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など） （株）□□□□　・　8時30分から 17時30分まで 20 日/月 深谷市
母親の状況	☑就労 □妊娠・出産 □疾病・障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など） （株）●●●●　・　9時00分から 17時00分まで 20 日/月 熊谷市
家庭の状況	□ひとり親家庭　・　☑左記以外　　□障害者がいる世帯（住民票上の
希望する利用時間	利用曜日：月 曜日から 金 曜日まで 利用時間及び保育の必要量の認定区分：8 時30分から 17 時30 分まで （保育標準時間 ・ 保育短時間 ） ※どちらか希望する方に○を付けてください。

保育が必要な理由について、具体的に御記入ください。
妊娠・出産の場合は、出産予定日を記入してください。

保育施設の利用を希望する曜日・時間・希望する認定区分を御記入ください。

○祖父母の状況

	父方	母方
【祖父】	□同居 □別居 ☑死別 □不明	住所 行田市本丸２－５ 氏名 埼玉　一郎 生年月日 S40年 4 月 10 日生 職業 有（●●建設）・無 健康状態 ☑健康 □疾病（入院・通院）
【祖母】	□同居 ☑別居 □死別 □不明	住所 熊谷市宮町2-47-1 氏名 熊谷　ハナ 生年月日 S45 年 7月 7 日生 職業 有（●●スーパー）・無 健康状態 ☑健康 □疾病（入院・通院）
【祖母】	□同居 ☑別居 □死別 □不明	住所 行田市本丸２－５ 氏名 埼玉　さい子 生年月日 S40 年 4 月 4 日生 職業 有（ ）・無 健康状態 □健康 ☑疾病（入院・通院）

職業“有”の場合は、勤務先名称を御記入ください。

＊市記載欄

認定	認定区分等
可・否（理由	□1号 □2号 □3号 （□標 □短）
	給付（利用）期間
可・否（理由 ） 〔 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 〕	自 年 月 日 至 年 月 日

入所施設（事業者）名	備考
□認定こども園〔□連 □幼（□幼 □保） □保（□保 □幼） □地（□幼 □保）〕 □幼稚園 □保育所 □地域型（□小 □家 □居 □事）	

＊施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日

施設（事業者）名	（事業所番号： ）
担当者氏名 連絡先	（担当者） （連絡先）
入所契約（内定）の有無	有（契約 ・ 内定 （契約日（内定日） 年 月 日）） ・ 無
備考	

※　個人番号記入票（様式第１号の３）を添付してください。

裏面も御覧ください。