

記入例

児童1人につき1枚必要です。

押印をお願いいたします。

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日の住所をご記入ください。

〒 360-8601 熊谷市 宮町二丁目47-

埼玉県行田市本丸2番5号

異動年
31・3・5

携帯電話をお持ちの方はご記入ください。空欄に“父”“母”等続柄をご記入ください。

保護者氏名 熊谷 ジロウ
電話番
自宅 (048) 524 - 1111
父 携帯 (090) 1234 - 1234
母 携帯 (080) 5678 - 5678

申請(入所) 児童 氏名 熊谷 さくら 平成 31年 3 月 3 日生 男 女 1歳 (4/7点) 障害者手帳の有無 有・無

利用を希望する施設(事業所)名

第1希望 石原保育所 (希望理由) 自宅に近いため
第2希望 銀座保育所 (希望理由) 勤務先に近いため
第3希望 (希望理由)
第4希望 (希望理由)

入所は月の1日からです。

入所を希望する年度の4月1日現在の年齢をご記入ください。

利用を希望する期間 令和 2 年 5 月 1 日 から 令和k 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・保育給付認定を受けている場合は、記入してください。

※「保育所」等、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育及び事業所内保育をい

希望する項目に○をつけてください。

すでに教育・保育給付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ご記入ください。

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)	有・無	教育・保育給付認定番号
申請(入所)児童の世帯員	父	熊谷 ジロウ	S44・4・4	会社員	8	有・無	
	母	熊谷 ひばり	S55・5・5	主婦		有・無	
	祖母	熊谷 ハナ	S22・2・2	パート	6	有・無	
	姉	熊谷 けやき	H25・7・7	幼稚園児		有・無	1234
							有・無
生活保護の状況			適用なし	適用あり (年 月 日保護開始)			

住民票によらず(世帯が別であっても)、同居している方全員についてご記入ください。

○税情報等の提供に当たっての署名欄

押印をお願いいたします。

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定及び(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用者負担額について特定施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 熊谷 ジロウ

熊谷

○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		備考
父親の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 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)〇〇〇〇〇・9時00分から18時00分まで・20日/月 深谷市		保育が必要な理由について、具体的にご記入ください。
母親の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 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) 令和2年4月2日出産予定		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間及び保育の必要量の認定区分	
	月 曜日から 金 曜日まで	8時30分から 16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。	

○祖父母の状況

父方			
【祖父】	住所	氏名	埼玉 一郎
<input type="checkbox"/> 同居	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	埼玉 一郎
<input type="checkbox"/> 別居	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 別居	S11年11月11日生
<input checked="" type="checkbox"/> 死別	職業	<input type="checkbox"/> 死別	有(△△会社) ・ 無
<input type="checkbox"/> 不明	健康状態	<input type="checkbox"/> 不明	健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)
【祖母】	住所 熊谷市宮町二丁目47-1	【祖母】	住所 行田市本丸2番5号
<input checked="" type="checkbox"/> 同居	氏名 熊谷 ハナ	<input type="checkbox"/> 同居	氏名 埼玉 花子
<input type="checkbox"/> 別居	生年月日 S22年 2月 2日生	<input checked="" type="checkbox"/> 別居	生年月日 S12年12月12日生
<input type="checkbox"/> 死別	職業 有(〇〇スーパー) ・ 無	<input type="checkbox"/> 死別	職業 有() ・ 無
<input type="checkbox"/> 不明	健康状態 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)	<input type="checkbox"/> 不明	健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)

*市記載欄

認定の可否	認定区分等
可・否(理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
給付	給付(利用)期間
可・否(理由)	自 年 月 日
(<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型)	至 年 月 日
入所施設(事業者)名	備考
<input type="checkbox"/> 認定こども園 [<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)] <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 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	(担当者)
連絡先	(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2)を添付してください。

裏面も御覧ください。