

記入例

児童1人につき1枚必要です。

児童台帳)

令和 〇年〇月〇日

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。

〒360-8601
熊谷市 宮町二丁目47-1

行田市本丸2-5

異動年月日

〇 . 〇 . 〇

熊谷 ジロウ

(048) 524 - 1111

(080) XXXX - ▲▲▲▲

(070) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

空欄に“父”“母”等続柄を御記入ください。

父
母

番号
携帯

生年月日 性別 年齢 障害者手帳の有無

申請(入所)児童	氏名	熊谷 花子	平成 令和	6年5月5日生	男	女	1歳	有	無
----------	----	-------	----------	---------	---	---	----	---	---

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)	

入所は月の1日からです。

入所を希望する年度の4月1日現在の年齢を御記入ください。

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 同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、教育・保育給付認定番号を御記入ください。

希望する項目に〇をつけてください。

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。

〇申請(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)

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	備考
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)

〇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・保育給付費に必要となる市民税の情報(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保育給付費等について特定教育・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

○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	<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) □□□□ ・ 8時30分から 17時30分まで 20 日/月 深谷市	
	<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) ●●●● ・ 9時00分から 17時00分まで 20 日/月 熊谷市	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	<input type="checkbox"/> 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	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 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。

○祖父母の状況

	父方	母方
【祖父】	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() ・ 無 健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)	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(●●建設) ・ 無 健康状態 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明	職業 有() ・ 無 健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明
【祖母】	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 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)	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 <input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)
<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明	職業 有(●●スーパー) ・ 無 健康状態 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(入院・通院)	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明

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。

*市記載欄

認定	職業“有”の場合は、勤務先名称を御記入ください。	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)
可・否(理由)		給付(利用)期間
(<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)		自 年 月 日 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3)を添付してください。

裏面も御覧ください。