

保育の必要性の認定申請書 兼 保育施設利用申込書

(保育児童台帳)

年 月 日

釧路市長 あて

次のとおり保育の必要性の認定の申請及び、保育施設の利用申し込みをいたします。

子どもコード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保護者コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1) 申請者 (保護者)	住所	(〒 -) 釧路市 丁目 番 号	
	フリガナ	父携帯	- -
	氏名	電話	母携帯 - - 自宅 - -

(2) 税情報等の確認及び提供行為等

釧路市が保育給付認定等に必要市区町村民税等の情報(世帯構成員を含む)および世帯情報を閲覧することに同意します。
また、その情報に基づき決定した利用者負担額等に関する事項および当該申請書に記載する事項において必要と認められる情報を、特定教育・保育施設へ提供することに同意します。

同意しました

↑チェック漏れにご注意ください

(3) 申込児童	フリガナ		生年月日	年 月 日	満年齢	歳	個人番号
	氏名						
障がいに係る手帳等の有無		有・無	※有の場合は写しを添付してください。		特別支援保育の希望	有・無	※実施については定員や判定会議の結果等によります。

(4) ※保護者及び同居している申込児童のきょうだいや祖父母について(住民票上の世帯が別の場合も)記入してください。
※単身赴任等で別居している保護者も記入してください。(単身赴任に☑をしてください)
※保護者が扶養している児童は、就学等で別居している場合も記入してください。(扶養の確認のため健康保険証の写しを添付して下さい。)

氏名および生年月日	(3)の児童からみた続柄	勤務先・学校 ※未就学児で通園通所施設がある場合は記入してください	前年度住民税	保育を必要とする事由 ※1	個人番号
			現年度住民税		
(生年月日 年 月 日)	父	<input type="checkbox"/> 単身赴任	課税・非課税		
(生年月日 年 月 日)	母	<input type="checkbox"/> 単身赴任	課税・非課税		
(生年月日 年 月 日)			課税・非課税		
(生年月日 年 月 日)			課税・非課税		
(生年月日 年 月 日)			課税・非課税		
(生年月日 年 月 日)			課税・非課税		
(生年月日 年 月 日)			課税・非課税		
(生年月日 年 月 日)			課税・非課税		

(5) 利用希望の保育施設とその理由

第1希望	保育園 認定こども園 幼稚園	理由 ※2	第4希望	保育園 認定こども園 幼稚園	理由 ※2	備考(第7希望以下がある場合は、利用を希望する順番に保育施設と希望理由を記入)
第2希望	保育園 認定こども園 幼稚園	理由 ※2	第5希望	保育園 認定こども園 幼稚園	理由 ※2	
第3希望	保育園 認定こども園 幼稚園	理由 ※2	第6希望	保育園 認定こども園 幼稚園	理由 ※2	

<input type="checkbox"/> 申込児童全員が、同じ月に同じ施設で選考に通ったときのみ利用を希望します。(施設が分かれたり選考に通らない児童がいる場合は、申込児童全員が待機します。)	<input type="checkbox"/> 申込児童のうち、選考に通らない児童がいても、選考が通った児童のみ利用を希望します。(選考に通らなかった申込児童は待機します。)	<input type="checkbox"/> 申込児童全員が、同じ月に選考に通ったときのみ利用を希望します。(その月に選考に通らない児童がいる場合は、申込児童全員が待機します。)
--	--	---

【※1】 保育を必要とする事由

1 就労	9 その他 理由を記入してください。
2 妊娠・出産	
3 疾病・負傷・障がい	
4 介護等	
5 災害復旧	
6 求職活動	
7 学校・職業訓練	
8 児童虐待・DV	

【※2】 その保育施設を希望する理由

1 距離が近い
2 延長保育を希望するため
3 特別支援保育を希望するため
4 保育士の質が高い
5 保育内容が充実しているため(行事等)
6 既にきょうだいが入園しているため
7 以前に通園したことがあるため
8 その他()

(6) 保育実施希望期間

年 月 日から
年 月 日まで

※小学校入学の年の3月末日までを希望する方は、終了日を記入する必要はありません。

以下は記入しないでください

認定	認定区分等	保育の実施期間	実施施設	決裁欄			
可・否 () 年 月 日決定	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	年 月 日から		部長	課長	課長補佐	担当
認定番号:	<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	年 月 日まで					
始期 年 月 日	事由 1 2 3 4 5 6 7 8 9	(転園 年 月 日から)					
終期 年 月 日							

(7) 父母の状況 (児童の父や母の状況について、あてはまる項目がある場合は☑及び記入をしてください。)

父		母	
<input type="checkbox"/> 疾病・負傷・心身障がい有している 父の状態 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週平均 日 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 妊娠(出産後間がない)・疾病・負傷・心身障がい有している 母の状態 <input type="checkbox"/> 年 月 日出産(予定) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週平均 日 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> その他	

(8) 家族の状況 (表の(4)の世帯構成員のうち、下記に該当する場合は☑及び記入をしてください。)

氏名	種類(※手帳等をお持ちの場合は、その写しを必ず提出してください。)		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B)	<input type="checkbox"/> 障害年金(級)
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当(級)	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B)	<input type="checkbox"/> 障害年金(級)
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当(級)	

(9) ひとり親家庭の状況 (ひとり親家庭の方は必ずあてはまるものに☑をし、年月を記入してください。)

ひとり親家庭となった理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他()
ひとり親家庭となった時期	年 月から
児童扶養手当の受給の有無	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部支給 <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> その他()

(10) 生活保護の状況 (生活保護を受給している方は忘れずに☑をしてください。)

<input type="checkbox"/> 適用あり(開始年月日: 年 月 日) ※開始年月日が不明な場合は空欄可
--

(11) 育児休業の短縮 (育児休業からの復職にあたり利用申込をする場合は、必ずお読みの上☑をしてください。)

保育施設の利用が決まった場合は、必ず育児休業を短縮し利用開始月中に復職してください。 また、保育施設利用が決まった場合の育児休業の短縮について、事前に雇用主等に確認したうえで利用申込をしてください。	<input type="checkbox"/> 了承しました
保育施設の利用が決まったにも関わらず育児休業の短縮が出来なかった時は、保育を必要とする事由が無くなるため、保育施設利用の決定を取り消します。	<input type="checkbox"/> 同意しました

(12) 希望保育時間 (保育の必要性の事由等により、ご希望どおりにならないことがあります。)

午前 時 分 ~ 午後 時 分	希望する方に○をつけてください	※各施設の保育時間は保育施設利用のしおりに掲載しています。
	保育標準時間 保育短時間	

----- 以下は記入しないでください -----

		月	生・ひ・障・他	月	生・ひ・障・他	月	生・ひ・障・他	月	生・ひ・障・他				
世帯階層	前年度均	円 父・母・祖父・祖母			円 父・母・祖父・祖母			円 父・母・祖父・祖母			円 父・母・祖父・祖母		
	所得割	父	_____	父	_____	父	_____	父	_____				
		母	_____	母	_____	母	_____	母	_____				
		祖父	_____	祖父	_____	祖父	_____	祖父	_____				
市民税	祖母	_____	祖母	_____	祖母	_____	祖母	_____					
	計	_____	計	_____	計	_____	計	_____					
	現年度均	円 父・母・祖父・祖母			円 父・母・祖父・祖母			円 父・母・祖父・祖母			円 父・母・祖父・祖母		
所得割	父	_____	父	_____	父	_____	父	_____					
	母	_____	母	_____	母	_____	母	_____					
	祖父	_____	祖父	_____	祖父	_____	祖父	_____					
市民税	祖母	_____	祖母	_____	祖母	_____	祖母	_____					
	計	_____	計	_____	計	_____	計	_____					
	生活保護	有・開始 . . .	有・開始 . . .	有・開始 . . .	有・開始 . . .	有・開始 . . .	有・開始 . . .	有・開始 . . .					
経過	無・廃止 . . .	無・廃止 . . .	無・廃止 . . .	無・廃止 . . .	無・廃止 . . .	無・廃止 . . .	無・廃止 . . .	無・廃止 . . .					
	停止 . . .	停止 . . .	停止 . . .	停止 . . .	停止 . . .	停止 . . .	停止 . . .	停止 . . .					
	利用者負担額	A B C D E	A B C D E	A B C D E	A B C D E	A B C D E	A B C D E	A B C D E					
副食費	円 _____			円 _____			円 _____			円 _____			
	<input type="checkbox"/> 免除対象	<input type="checkbox"/> 免除対象外	<input type="checkbox"/> 免除対象	<input type="checkbox"/> 免除対象外	<input type="checkbox"/> 免除対象	<input type="checkbox"/> 免除対象外	<input type="checkbox"/> 免除対象	<input type="checkbox"/> 免除対象外					
備考													