

一宮町施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定子ども現況届兼家庭状況調査書

施設(事業所)の名称			施設(事業所)コード		
小学校就学前子ども	氏名・生年月日	(フリガナ)		性別	
	住所	自治区		年 月 日	電話
支給認定証番号					

◎保育の利用を必要とする事由

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		
	父	<input 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"/> 求職活動 <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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他()		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する利用時間等	必要とする曜日	1日のうちで必要とする時間		備考(※)
	<input type="checkbox"/> 平日(月～金曜日)	(: ~ : まで)		
	<input type="checkbox"/> 土曜日	(: ~ : まで)		

(※) 備考欄には、上記の必要とする曜日・時間等において補足すべき事項がある場合に記入してください

一宮町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町町民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。

年 月 日 申請者(保護者)氏名 ㊟

◎保護者の入所要件(各要件に応じた書類を添付してください。)

入所要件 (該当する項目に○)	母の状況								父の状況								
	就労	求職中	疾病	障害	看護・介護	不存在	就学	出産	その他	就労	求職中	傷病	障害	看護・介護	不存在	就学	その他
就労	就労状況	外勤・自宅外自営(中心者)・自宅外自営(協力者) ・自宅内自営(中心者)・自宅内自営(協力者) ・在宅勤務・内職・その他								外勤・自宅外自営(中心者)・自宅外自営(協力者) ・自宅内自営(中心者)・自宅内自営(協力者) ・在宅勤務・内職・その他							
	勤務先																
	所在地																
	電話番号																
	通勤時間	分								分							
	職種・仕事内容																
	勤務日数	月・週 日								月・週 日							
	勤務時間	時 分～時 分 ローテーション(シフト制)勤務 有・無								時 分～時 分 ローテーション(シフト制)勤務 有・無							
前職歴	無・有 年 月 日～年 月 日								無・有 年 月 日～年 月 日								
	※最近1年に転職した場合はご記入ください。																
求職	具体的な活動状況	無・有()								無・有()							
疾病	疾病状況	病名() 年 月 日								病名() 年 月 日							
	入院等の状況	入院・通院(週・月 日)・自宅療養								入院・通院(週・月 日)・自宅療養							
障害	手帳の種類	()手帳 等級()								()手帳 等級()							
看護・介護	対象者氏名	続柄()同居有・無								続柄()同居有・無							
	病名・事由発生日	病名() 年 月 日								病名() 年 月 日							
	入院等の状況	入院・通院(週・月 日)・自宅療養								入院・通院(週・月 日)・自宅療養							
	手帳の種類	()手帳 等級()								()手帳 等級()							
	介護認定の有無	無・有 要介護()・要支援()								無・有 要介護()・要支援()							

※裏面も漏れなく記入してください。

		母の状況	父の状況
不存在(理由)	死別・離婚・未婚・行方不明・拘禁中・離婚前提別居・その他()		死別・離婚・未婚・行方不明・拘禁中・離婚前提別居・その他()
	事由発生	年 月	事由発生 年 月
就学	学校名		
	所在地	市区町村 通学時間 分	市区町村 通学時間 分
	就学日数・時間	週 日・ 時 分～ 時 分	週 日・ 時 分～ 時 分
	在学期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
出産(予定)	無・有(予定日 年 月 日)		
育児休業取得中または取得予定の場合は記入してください。	出産休暇 年 月 日～ 年 月 日		
	育児休業取得予定 無・有		
	取得者 父・母(年 月 日～ 年 月 日)		
入所できた場合の復帰予定日	年 月 日		
その他			

◎世帯の状況(同居する全ての親族について記入してください。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り(平成 年 月 日保護開始)					

◎小学校就学前子どもの状況

保育状況(*)	保育状況	父・母・祖父・祖母・その他親族()が保育 親族以外、認証保育所等で保育(名称)保育開始 年 月					
	親族以外の保育の場合	保育時間 週 日 時 分～ 時 分 保育料負担額 無・有(月額 円) 領収書 無・有					
健康・発育状況	健康状態	健康・やや弱い・病弱・病気療養中(病名・症状)					
		今までに大きな病気をしたことが 無・有(病名) 年 月頃(歳のとき) 現在の状況(完治・経過観察・治療中)					
		心身の発達について、専門機関や発達支援センター等に相談や通所したことが 無・有 (機関名) 年 月から 症状()					
	検診受診歴	乳児健診	受診・未受診 指摘事項 無・有()				
		1歳半健診	受診・未受診 指摘事項 無・有()				
		3歳健診	受診・未受診 指摘事項 無・有()				
	障害者手帳等	無・有()手帳 等級()障害名()					
アトピー・アレルギー	無・有 原因物質()						
	状況()						
	除去食の必要 無・有 対応() アナフィラキシーショック 無・有 対応()						
その他	その他気になることがありましたらご記入ください。 ()						

- ・上記事項について詳細をお伺いすることがあります。
- ・記載事項に虚偽等があった場合、入所内定及び決定を取り消すことがあります。

(*) 既に一宮町の特定保育・教育施設等のサービスを利用している場合は記入する必要はありません。