

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, 氏名・生年月日, 住所, 支給認定証番号

◎保育の利用を必要とする事由

施設名称、コード、支給認定証番号は在所(園)児のみ記入してください。

保育の利用を必要とする理由, 家庭の状況, 希望する利用時間等

通勤時間等を踏まえたうえで、お子さんを預けたい時間を記入してください

(※)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。

平成29年11月24日

申請者(保護者)氏名 一宮 一郎

◎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, 母の状況, 父の状況, 就労状況, 勤務先, 所在地, 電話番号, 通勤時間, 職種・仕事内容, 勤務日数, 勤務時間, 前職歴, 求職, 疾病, 障害, 看護・介護

父母とも、現在のお子さんの保育の利用を必要とする状況について記入してください。不在の場合も、状況をお知らせください。

※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	一宮 一郎	父	昭和52年7月7日	男・女	会社員	有・無	
	一宮 愛子	母	昭和55年10月23日	男・女	パート	有・無	
	一宮 花子	姉	平成20年3月3日	男・女	一宮小学校	有・無	
	一宮 大吾郎	祖父	昭和18年1月20日	男・女	無職	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		
	親族以外の保育の場合	親族以外、認証保育所等で保育(名称)保育開始 年 月		
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 □□□) 25年12月頃(0歳のとき) 現在の状況(完治)経過観察・治療中)		
	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	原因物質(たまご)	無・有()	
		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。