

一宮町教育・保育給付認定子ども現況届兼家庭状況調査書

記入例

(表面)

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) イチノミヤ タロウ	性別 男
		一宮 太郎	平成28年8月23日
	住所	一宮町一宮2457 自治区11区 電話0475-42-1415	
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 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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()
母	<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"/> 求職活動 <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 checked="" 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 平日(月～金曜日)	(8:30 ~ 16:30 まで)
	<input type="checkbox"/> 土曜日	(: ~ : まで)

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

一宮町が教育・保育給付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。

提出日を必ず記入してください。

年 11月 XX日 申請者(保護者)氏名 一宮 一郎 (印)
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	〇〇〇保育所								〇〇〇役場							
	所在地	〇〇町〇〇番地〇								〇〇町〇〇番地〇							
	電話番号	0475-〇〇-〇〇〇〇								0475-〇〇-〇〇〇〇							
	通勤時間	30分								20分							
	職種・仕事内容	保育								事務							
	勤務日数	月・週 16日								月・週 20日							
	勤務時間	9時00分～16時00分 ローテーション(シフト制)勤務 有・無								8時30分～17時30分 ローテーション(シフト制)勤務 有・無							
前職歴	無 有 23年4月1日～26年5月31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	一宮 大吾郎 続柄(義父)同居有 無								続柄 ()同居有・無							
	病名・事由発生日	病名(〇〇病) 25年 4月 4日								病名 () 年 月 日							
	入院等の状況	入院・通院(週・月) 3日)・自宅療養								入院・通院(週・月 日)・自宅療養							
	手帳の種類	(身体障害者)手帳 等級 (2)								()手帳 等級 ()							
	介護認定の有無	無・有 要介護 (3)・要支援 ()								無・有 要介護 ()・要支援 ()							

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	公務員	有・無	
	一宮 愛子	母	昭和55年1月2日	男・女	保育士	有・無	
	一宮 花子	姉	平成24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3日	男・女	無職	有・無	
				男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無()・適用有り(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) 30年 2月頃(2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	原因物質	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。