別記第３号様式（第５条関係）

**（表面）**

**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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 年　　月　　日 | |
| 住　　所 | 自治区 | | 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 | □就労　　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□求職活動　□就学  □災害復旧　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 母 | □就労　　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□求職活動　□就学  □災害復旧　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 家庭の状況 | □ひとり親家庭　　・　　□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（※） |
| □平日（月～金曜日） | | （　　　：　　　～　　　：　　　まで） |  |
| □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。

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（　　）  ※裏面も漏れなく記入してください。 | | | | | | | | | | | 無・有　要介護（　　）・要支援（　　） | | | | | | | |
| **（裏面）** | | | 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（　　　　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。